



Verbände aller
Heilberufe
unterstützen
Corona-Warn-App
S. 13

6

Das Udenkbare vorlegen
Wie Entwürfe aus dem BMG
Grenzen verschieben



8

Die Hygiene in Zahnarztpraxen
hat Goldstandard



25

Die intraligamentäre
Anästhesie



68 WINTER FORTBILDUNGS KONGRESS – DIGITAL

24
Fortbildungs-
punkte

Live und anschließend 3 Wochen in der Mediathek abrufbar

Die zahnärztliche Notfall- Behandlung in der täglichen Praxis Bestmögliche Planung einer ungeplanten Behandlung

4. – 6. FEBRUAR 2021

Online-Kongress für Zahnärzte /innen
und deren Fachpersonal

Weitere Informationen unter



www.zkn-kongress.de

In diesen Zeiten...

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

derzeit befindet sich unser Land im Teillockdown inmitten der zweiten Welle des Pandemiegeschehens mit hoffentlich wieder und nachhaltig sinkenden Infektionszahlen (zum Redaktionsschluss Anfang November noch nicht erkennbar).

Die Bevölkerung und unsere eigenen Patienten erwarten von uns, dass wir Zahnärzte die Patientenversorgung trotz hoher Infektionszahlen vollumfänglich aufrechterhalten. Über das Coronavirus-Infektionsgeschehen wissen wir heute deutlich mehr als im Frühjahr 2020. Die Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen in unseren Praxen haben sich bewährt und müssen weiter hochgehalten werden. Die Zahlen sprechen für sich: Positive Infektionstestergebnisse betragen aus dem Umfeld der Zahnmedizin weniger als 10 Prozent der Testergebnisse der Vergleichsgruppe aus dem Umfeld der ambulant tätigen Humanmediziner. Auch Studien der American Dental Association sowie aus Norditalien und China bestätigen diese Zahlen. Die Gesamthygienekosten in deutschen Zahnarztpraxen beliefen sich schon vor der Pandemie mit ca. 70.000 Euro pro Praxis und Jahr auf dem 10-fachen Niveau von Hausarztpraxen. Und in diesem Jahr sind diese Kosten nochmals stark gestiegen wegen exponentiell gestiegener Beschaffungspreise für Hygienematerial und zur Etablierung weiterer Schutzmaßnahmen. Weder die von der Politik angebotene Liquiditätshilfe noch die abgesenkte Hygiene-pauschale der PKV/Beihilfe werden der notwendigen Unterstützung für unsere Praxen gerecht. Hier besteht nach wie vor dringender Handlungsbedarf von Bund und Ländern, der genau so stetig von unserer Berufsvertretung in Bund und Ländern eingefordert, wie von den dafür verantwortlichen Politikern ignoriert wird!

Winterfortbildungskongress 2021 – live – interaktiv und online

Es liegt auf der Hand, dass wir uns im Winter 2021 nicht, wie gewohnt, zu unserem Jahresfortbildungskongress in Hannover im CCH treffen können. Der Vorstand der ZKN hat angesichts der absehbaren Entwicklungen deswegen schon frühzeitig beschlossen, den Kongress nicht ausfallen zu lassen, sondern stattdessen die Situation zu nutzen,



Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida
Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen

einen digitalen Fortbildungskongress auf höchstem fachlichen und technischen Niveau live und interaktiv anzubieten. Der Kongress wird mit hochauflösender Bild- und Tontechnik als erstklassige Fortbildung zu Ihnen nach Hause gestreamt. Dieses innovative Fortbildungskonzept bietet Ihnen dazu noch mehr Flexibilität bei der Konsumierung an, als Sie es bisher gewohnt waren: Sie haben die Wahl, live an den Vorträgen/Seminaren teilzunehmen und interaktiv mit den Referenten zu diskutieren, oder, falls Sie sich die Aufzeichnung – partiell oder in Gänze – lieber abends oder am Wochenende anschauen wollen, steht Ihnen das gesamte Fortbildungsangebot über einen dreiwöchigen Zeitraum in der Mediathek zur Verfügung.

Es wird parallel dazu eine virtuelle Dentalmesse gezeigt. Schauen Sie einfach mal dazu auf unsere Landingpage <https://www.zkn-kongress.de> und lassen Sie sich von der hochauflösenden Technik in 4k-Qualität begeistern. Dazu bieten wir Ihnen das komplette Kongresspaket mit allen Inhalten sowie 24 Fortbildungspunkten zu einem deutlich reduzierten Preis gegenüber dem Präsenzkongress an. Genauso haben wir auch den parallel laufenden Kongress für Ihr Fachpersonal organisiert. Bei voller Flexibilität bieten wir den Teilnehmenden alle Kursangebote an 2 Tagen zu einem Sonderpreis, incl. dem dreiwöchigen Zugriff auf die Mediathek für verpasste Vorträge an.

Ihnen, sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, wünsche ich in der derzeitigen schwierigen Situation trotzdem Zuversicht und einen klaren Fokus auf das Notwendige! Bleiben Sie mit uns im Kontakt – wir werden Sie unterstützen, wo immer es uns möglich ist! ■

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida
Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT 55. Jahrgang

Monatszeitschrift niedersächsischer Zahnärztinnen und Zahnärzte mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN), erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. eines jeden Monats. Bezug nur für Mitglieder der ZKN und KZVN.

HERAUSGEBER

Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover
Postfach 81 06 61, 30506 Hannover
Tel.: 0511 83391-0, Internet: www.zkn.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN)
Zeißstraße 11, 30519 Hannover
Postfach 81 03 64, 30503 Hannover
Tel.: 0511 8405-0, Internet: www.kzvn.de

REDAKTION

ZKN

Dr. Lutz Riefenstahl (lr)
Breite Straße 2 B, 31028 Gronau
Tel.: 05182 921719; Fax: 05182 921792
E-Mail: l.riefenstahl@gmx.de

KZVN

Dr. Michael Loewener (loe)
Rabensberg 17, 30900 Wedemark
Tel.: 05130 953035; Fax: 05130 953036
E-Mail: m.loewener@gmx.de

Redaktionsassistentz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBURO

ZKN

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB)
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover
Tel.: 0511 83391-301; Fax: 0511 83391-106
E-Mail: nzb-redaktion@zkn.de

KZVN

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB)
Zeißstraße 11, 30519 Hannover
Tel.: 0511 8405-207; Fax: 0511 8405-262
E-Mail: nzb-redaktion@kzvn.de

GESAMTHERSTELLUNG

MARCO MarketingCommunication OHG
Steinbruchstraße 8c, 30629 Hannover
Tel.: 0511 95478-0; E-Mail: agentur@marco-werbung.de
Internet: www.marco-werbung.de

REDAKTIONSHINWEISE

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Nachdrucke und fotomechanische Wiedergaben, auch auszugsweise, bedürfen einer vorherigen Genehmigung der NZB-Redaktion. Für unverlangte Fotos wird keine Gewähr übernommen. Die Redaktion behält sich bei allen Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor. Der Leitartikel wird von den Autoren in Eigenverantwortung verfasst und unterliegt nicht der presserechtlichen Verantwortung der Redaktion. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten der Einfachheit halber u.U. nur eine geschlechterspezifische Form verwendet. Das andere Geschlecht ist selbstverständlich jeweils mit eingeschlossen.

ISSN 1863-3145

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN
Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 01/21: 04. Dezember 2020
Heft 02/21: 12. Januar 2021
Heft 03/21: 09. Februar 2021

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.

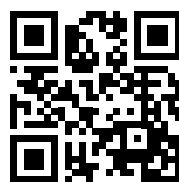


BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegt eine Beilage zum Thema

► 68. Winterfortbildungskongress
der Zahnärztekammer Niedersachsen bei.
Wir bitten um freundliche Beachtung.



Homepage des NZB: <http://www.nzb.de>



17



29



38



LEITARTIKEL

- 1 Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida:
In diesen Zeiten...

POLITISCHES

- 4 GKV-Rücklagen: BITMARCK-Zahlen
deuten ein Desaster an
- 6 Das Undenkbare vorlegen
Wie Entwürfe aus dem BMG
Grenzen verschieben
- 8 Die Hygiene in Zahnarztpraxen hat
Goldstandard
- 11 Die BZÄK informiert:
Erste gemeldete Ergebnisse zum
Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2
- 12 Pandemie-Bewältigung und
Handlungsbedarfe in der
ambulanten vertragsärztlichen und
vertragszahnärztlichen Versorgung
- 13 Verbände aller Heilberufe
unterstützen Corona-Warn-App
- 14 Über „Totengräber“ von tradierten
Systemen
- 17 W-Vorsitzenden-Treffen –
gemeinsame Tagung in Kiel

FACHLICHES

- 18 Die Therapie von Frontzahntraumata
Teil 2 – Dislokationsverletzungen
- 25 Die intraligamentäre Anästhesie
Minimalinvasive Methode der
zahnärztlichen Lokalanästhesie
- 29 Neue BEMA-Leistungen zum
01. Oktober 2020
- 33 DGAZ und BAGSO: Kooperation
zwischen geborenen Partnern
- 34 MZEB in Niedersachsen
und ZAMB
Zahnärzte zur Zusammenarbeit
gesucht
- 35 Rechtstipp(s)
- Die Dosis machts!
- Erstattungspflicht der Privaten
Krankenversicherung bei
Überschreiten der gesetzlichen
Höchstsätze
- Corona-Prämie statt Weihnachtsgeld?
Arbeitgeber sollten aufmerksam sein
- 38 ZMV-Aufstiegsfortbildung in Rastede
erfolgreich – 24 neue ZMVs fürs
Berufsleben qualifiziert

TERMINLICHES

- 39 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 40 ZAN-Seminarprogramm
- 41 Termine

PERSÖNLICHES

- 42 Herzlichen Glückwunsch
und danke für 10 Jahre
Zusammenarbeit!
- 42 Wir trauern um unseren Kollegen
- 42 Herzliche Glückwünsche
zum Geburtstag!

AMTLICHES

- 43 Ergebnis der Wahlen zu den
Vorständen der Bezirksstellen der
Zahnärztekammer Niedersachsen
im Jahr 2020
- 47 Mitteilungen des
Zulassungsausschusses
- 48 Ungültige Zahnarzttausweise

18



25



35



GKV-Rücklagen: BITMARCK-Zahlen deuten ein Desaster an



Foto: © ColoursPic - stock.adobe.com

Während die zweite Welle der Corona-Pandemie in Deutschland an Fahrt gewinnt und die schwarz-rote Bundesregierung fleißig weiter gesundheits- und sozialpolitische „Zückerle“ an die Wahlbürgerinnen und Wahlbürger verteilt, machen sich besonnene Beobachterinnen und Beobachter und Expertinnen und Experten Gedanken darüber, wer die aufzuwendenden Summen im Jahr 2021 aufbringt. Geht es nach CDU-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (40) und seinen Beamtinnen und Beamten, dann „stemmt“ die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gut die Hälfte der als notwendig erachteten Gelder. So sah es das „Maßnahmenpaket“ des BMG vor, das am 15. September 2020 in der Hauptstadt durchsickerte. Das Vorhaben dürfte die aufgebauten „Juliustürme“ in vielen Körperschaften im Jahr 2021 in zwölf Tranchen gewaltig leeren. Denn Spahn baute seine Ideen flugs in seinen Gesetzentwurf „zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege“ (GPVG)

ein, das als Omnibus-Vorhaben bereits am 23. September 2020 das Bundeskabinett passierte. Wie immer, wenn der „Brachiator“ zuschlägt, sind die Folgen nicht nur unabsehbar, sondern treffen einige Beteiligte im „Markt“ härter als andere. Als Kollateralschaden dürften in 2021 auch so manche Leistungserbringer mit „leiden“, weil die Kassen deren Honorarwünsche nicht mehr erfüllen können. Und: Die Belastungen durch das GPVG wären ungleich verteilt. Der Aufschrei über die „Brachiator“-Ideen war gewaltig. Er erreichte aber nicht die Medien, weil die meisten Journalisten die umverteilenden Auswirkungen des GPVG nicht durchblicken konnten oder wollten. Damit konnte Spahn öffentlich weitgehend ungehindert schalten und walten. Immerhin, sogar die über die Einführung einer neuen Art von „Einheitsversicherung“ leise sinnierende Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) zeigte sich wenig „amused“. Angesichts des Mankos, dass weder offizielle Berechnungen existieren, welche Kasse in 2021 wieviel aufzubringen hat, noch die „Betroffenen“ selbst gewillt sind, genaue Summen zu nennen, erscheint eine Gegen-Kampagne wenig erfolgreich.

Die einzige Expertengruppe, die sich in den letzten Wochen seriös an die Aufarbeitung heranwagte und deren Arbeit durchsickerte, war erneut die Experten-Gruppe der Essener BITMARCK Holding GmbH. In der September-Ausgabe der BITMARCK-Informationen für Vorstände, die der dfg-Redaktion vorliegt, präsentierten sie die Ergebnisse ihrer aktuellen Berechnungen. Und diese deuten auf ein finanzielles Desaster für so manche der Körperschaften in 2021 hin. Der größte Teil der aufzuführenden Vermögens-Summen (das GPVG schreibt 8 Mrd. € vor) würde bei den elf Ortskrankenkassen (AOKen) eingezogen werden. Auch bei den Ersatzkassen käme es noch zu nennenswerten Einschnitten – jedoch nicht für alle. Die meisten BKKen, IKKen und die Knappschaft (KBS) haben aktuell deutlich weniger Vermögen angesammelt und würden deswegen weniger an den Gesundheitsfonds abführen. Nicht nur für Letztere bedeutet der Abfluß jedoch auch, dass die Mittel, die man in den letzten zwei Jahren mühevoll ansparen konnte, perdu wären. Folgt man den BITMARCK-Berechnungen, dann dürften die AOKen insgesamt rund 60 Prozent der Belastungen tragen, die im vdek zusammengeschlossenen

Ersatzkassen wären mit rund 27 Prozent dabei. Kundige Thebaner wissen, dass diese Prozentsätze absolut nicht die Anteile am GKV-Mitgliedermarkt widerspiegeln. Sprich: Den Löwenanteil der benötigten acht Mrd. € müssten die AOKen beisteuern.

Da auch innerhalb einer Kassenart das Vermögen sehr ungleich verteilt ist, beleuchteten die BITMARCK-Autoren die „kassenindividuellen Ergebnisse tiefer. Dabei war für sie das entscheidende Kriterium wieviel Euro eine Krankenkasse je Mitglied an den Gesundheitsfonds abführen müsste. Dabei zeige sich, dass es hier zu starken Unterschieden zwischen den einzelnen Krankenkassen kommt. Weit oben an der Spitze müssten drei der 105 noch existierenden Körperschaften fast 800 € je Mitglied an den Gesundheitsfonds abführen, während es einige Krankenkassen gibt, die jetzt schon über ein so geringes Vermögen verfügen, dass kein Geld abfließen würde. Nach den Berechnungen wäre eine der „reichsten“ Kassen in Deutschland, die AOK Sachsen-Anhalt mit 756 € je Mitglied dabei, eine recht kleine BKK wäre mit einer noch höheren Quote dabei, eine größere Betriebskrankenkasse mit einer etwas geringeren Summe.

Aus den Berechnungen ist klar erkennbar, dass insbesondere einige der kleineren Krankenkassen (es handelt sich meist um geschlossene BKKen) einen sehr hohen Betrag je Mitglied an den Gesundheitsfonds abführen müssten. Diese Planung kann diese in Existenznöte treiben – nur ein einziger Hochleistungsfall und sie wären 2022 aus dem Markt ausgeschieden. Von einer Mittelstandsförderung zeugt das GVPG also nicht. Eine klare Beziehung zwischen Risikofaktor und Abführung an den Gesundheitsfonds gibt es nach Ansicht der Autoren dagegen erwartungsgemäß nicht. Die Einzelkassen-Analyse zeige darüber hinaus, dass auch im AOK-Lager, das insgesamt den größten Beitrag leisten soll, die Abführungen sehr ungleich verteilt wären. So müsste die AOK Niedersachsen 298 € je Mitglied abführen, die Dresdner AOK PLUS 293 €. Die AOK Nordost wäre dagegen „nur“ mit 48 € dabei. Während der Durchschnitt sich im so genannten „grünen Lager“ bei 169 € je Mitglied bewege. Weit über dem gesamten GKV-Mittel von 108 € je Mitglied. Über diesem Wert rangiert nach den AOK-Schwestern mit 155 € nur die KBS.

Unterdurchschnittlich bewegen sich die anderen Kassenarten. Der vdek-Durchschnitt liegt laut BITMARCK-Autoren bei 77 € während er bei BKKen und IKKen bei 56 € liegt. Bei den Ersatzkassen zeigen sich per se recht unhübsche Verwerfungen. Wie man weiß, war in den letzten Jahren die Hamburger DAK Gesundheit finanziell nicht gerade auf Rosen gebettet. Nur die Erfolge der verspätet in Gang gesetzten Strukturreform führten in den letzten beiden Jahren dazu, dass sich die Körperschaft finanziell etwas berappelte. Darüber hinaus erhielt sie in diesem Jahr auf Grund einer

kassenarteninternen Hilfestellung gern. § 266 SGB V einen gewaltigen Batzen von drei der sechs vdek-Schwestern überwiesen. Allein die Hamburger Techniker Krankenkasse (TK) soll mit rund 230 Mill. € dabei gewesen sein. Die Stützungssummen des „blauen Lagers“ sollen im Juni 2020 geflossen sein. Angesichts der von Spahn vorgesehenen Stichtagsregelung (30. Juni 2020) landet diese freie vdek-Liquidität wohl vollständig im Gesundheitsfonds. Auf diese brachiale Art und Weise kann man wirklich aus einem wieder Fahrt aufnehmenden Super-Tanker der GKV ein Leck geschlagenes Schiff machen, dass den Unbillen des Marktes ausgesetzt ist.

Mit der angestrebten Lösung, einen Großteil der Pandemiekosten über eine Abführung der Rücklagen zu finanzieren, werden zwar Anstiege der Zusatzbeiträge teilweise vermieden und das Versprechen der „Sozialgarantie 2021“ eingehalten. Aber der Preis, den die Krankenkassen dafür „bezahlen“ müssen, der ist freilich riesig. Das sehen auch die BITMARCK-Autoren so. Denn er bedeutet nämlich nichts anderes als einen weiteren Eingriff in ihre Finanzautonomie. Und macht sie noch mehr zu schlappen, innovationsunfähigen Körperschaften, die am langen Haken der Berliner Politik baumeln. Es scheint Ziel der Spahn'schen Politik zu sein, die Selbstständigkeit der Krankenkassen als selbstverwaltete Körperschaften weiter so zu beschneiden, bis ihnen kaum noch „Luft zu atmen“ bleibt. Da vor allem kleine BKKen sehr hohe Vermögensabführungen je Mitglied schultern müssen, ist diese Kassengruppe von dieser Entwicklung besonders betroffen. Das trifft dann auch ihre Trägerbetriebe. Und das sind meist mittelständisch strukturierte Unternehmen. Warum sich der „Brachiator“ für diese mittelstandsfeindliche Maßnahme entschieden hat – er markiert ja ansonsten gerne den Mittelstandspolitiker – das wird wohl sein Geheimnis bleiben. Der emotionslosen GVPG-Begründung der BMG-Beamten ist nur zu entnehmen, dass Ausnahmeregelungen für diese Kassen nicht erforderlich seien. Die Zielsetzung, die Beitragsbelastung von Kassenmitgliedern gerechter zu verteilen, träfe auch so ein. Dass das in den Führungsetagen der Trägerbetriebe anders gesehen werden dürfte, ist verständlich. Verwunderlich nur, dass der BKK Dachverband (BKK DV) sich kaum für seine kleinen wie auch für seine betriebsbezogenen BKKen argumentativ ins Zeug legte. Auch bei diesem Verband scheint man inzwischen nur von „Größe“ zu träumen. ■

_____ Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg), 08.10.2020



Foto: © freshidea - stock.adobe.com

Das Udenkbare vorlegen

WIE ENTWÜRFE AUS DEM BMG GRENZEN VERSCHIEBEN

Schon vor der Pandemie hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Taktik, in Gesetzgebungsentwürfen bislang als unantastbar geltende Grenzen gleich mehrfach weit zu überschreiten. Seinen gesundheitspolitischen Mitstreitern aus den parteipolitischen Reihen und erst recht aus denen des Koalitionspartners blieb dann nur in solchen Verfahren, einzelne Regelungen mit großem Aufwand wieder rückgängig zu machen oder ins Erträgliche zurückzuführen, manche unliebsame Regelung kam denn auch nahezu undiskutiert ins Gesetz, denn mehr war „einfach nicht mehr drin“ wie nach mancher Gesetzgebung im Nachhinein zu vernehmen war. Das unter großen Mühen abgewendete Ansinnen des Bundesgesundheitsministers eine Generalermächti-

gung zu erhalten, mit der er neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ohne eine entsprechende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses hätte aufnehmen lassen können, ist hier ein Beispiel. Niemand in Deutschland (und sicher auch nicht anderswo auf der Welt) will aufgrund von politischen Opportunitäten zustande gekommener Vorgaben („eminenzbasierter Medizin“) behandelt werden, entsprechend groß war in 2019 das entsetzte Erstaunen über diese angestrebte Regelung des BMG.

Das Erste Bevölkerungsschutzgesetz, das vom Bundesgesundheitsminister vorgelegt wurde, ist ein herausragendes Beispiel für erhebliche Grenzüberschreitungen. Der erste

Entwurf zum Ersten Bevölkerungsschutzgesetz, das die Regelungen zur epidemischen Lage nationaler Tragweite enthält, legte Gesetzespläne vor, die jedermann im Vorfeld für undenkbar gehalten hätte. Die nachfolgend aufgeführten Regelungen sind nicht Gesetz geworden. Dennoch stimmen sie über alle Maße nachdenklich, denn hier stellt sich die kritische Frage nach dem dahinter liegenden Staats- und Demokratieverständnis.

Im ersten Entwurf zum Ersten Bevölkerungsschutzgesetz (nicht mehr im dann verabschiedeten Gesetzentwurf) war das bestehende Recht auf Verweigerung einer Zwangsbehandlung (Behandlung!) im Rahmen des Infektionsschutzes nicht mehr enthalten. Gemeint ist die im ersten Entwurf gestrichene Regelung in § 28 Absatz 1 Satz 3 Infektionsschutzgesetz, die das Recht auf Behandlungsfreiheit garantiert. Diese Regelung wurde vor Verabschiedung des Gesetzes im Deutschen Bundestag wieder aufgenommen bzw. die geplante Änderung respektive Streichung entfiel stillschweigend. Doch bis heute besteht erhebliches Befremden über dieses gesetzgeberische Ansinnen aus dem Hause des Bundesgesundheitsministers. Im ersten Entwurf zum Ersten Bevölkerungsschutzgesetz waren Regelungen zur personenbezogenen Bewegungsüberwachung der einzelnen Bürger mit Hilfe der Telekommunikationsanbieter enthalten. Auch diese wurden wieder gestrichen, diese sind nach wie vor nur mit richterlichem Beschluss für eine besondere Gruppe, nämlich für Schwerverbrecher, weiterhin in den engen Grenzen des bestehenden Gesetzes erlaubt.

Im ersten Entwurf zum Ersten Bevölkerungsschutzgesetz hatte nur die Exekutive, also die Bundesregierung das Recht zur Beendigung der epidemischen Lage nationaler Tragweite. Verabschiedet in Bundestag und Bundesrat wurde dann der Gesetzentwurf mit der Änderung, dem Bundestag das Recht einzuräumen, die epidemische Lage jederzeit beenden zu können, wenn er sie nicht einfach zum 31. März 2021 auslaufen lässt. Auch hier wäre eine Diskussion darüber, welche Beweggründe im Bundesgesundheitsministerium dazu geführt hatten, die Legislative anfangs völlig außen vor zu lassen, von hohem Interesse. Zum tiefen Leidwesen Deutschlands, unter Beschädigung des Ansehens des Parlaments, hat das Parlament nach Auffassung nahezu aller bedeutenden Verfassungsrechtler in Deutschland unvorstellbar außerhalb der Verfassung handelnd mit dem Ersten Bevölkerungsschutzgesetz für das gesamte Gesundheitsrecht Parlamentsbefugnisse auf die Exekutive, genauer Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, übertragen, aus dessen Haus die Vorlage für diese Regelungen stammt. Selbst Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble sieht sich nun veranlasst, einzuschreiten (vgl. dazu den entsprechenden Beitrag in dieser Ausgabe). Der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses hat durchaus Recht, wenn er in der kritischen Diskussion um diese

Regelungen anmerkt, der Bundesgesundheitsminister habe bislang mit großer Umsicht von seinen Ermächtigungen Gebrauch gemacht. Aus der pragmatischen Sicht mag dies zweifelsohne stimmen. Der grundlegende Verstoß dieser Ermächtigungskonstruktion gegen die Gewaltenteilung und damit gegen die parlamentarische Demokratie in Deutschland wird allerdings nicht dadurch geheilt. Eine „Verstetigung“ der Exekutivvorfahrt vor dem Parlament darf auf gar keinen Fall erfolgen, auch nicht in kleinen Schritten. Das Dritte Bevölkerungsschutzgesetz sollte dem Bundesgesundheitsminister auch keinesfalls neue Ermächtigungen zubilligen. Ein Grundfehler des Ersten Bevölkerungsschutzgesetzes lag schon darin, massiv grundrechtseinschränkende Rechtsverordnungs-Möglichkeiten auf den Bundesgesundheitsminister zu übertragen – kein einfaches Gesetz und erst recht keine Rechtsverordnung sind wohl dazu geeignet – das haben bedeutende Verfassungsrechtler im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags, oder in Medien unmissverständlich erläutert. Über das Wohl und Wehe Deutschlands für künftige rein spekulative Infektions-Katastrophenszenarien („schwerwiegende übertragbare Krankheiten“) sollte nicht während dieser Pandemie, noch dazu im Geleitzug dramatischer Appelle an die Bevölkerung, Kontakte zu reduzieren und im Vorfeld oder während eines Teil-Lockdowns entschieden werden. Vor allem in dieser Zeit der epidemischen Lage nationaler Tragweite, in denen Vertreter der Regierungskoalition die (verfassungsmissachtende) Übertragung der Parlamentsrechte auf die Exekutive damit rechtfertigen, das Parlament sei in dieser Krisenzeit nicht flexibel genug und gegebenenfalls nur beschränkt handlungsfähig, dürfen grundlegende über diese Pandemie hinausreichende Entscheidungen von nationaler Tragweite nicht getroffen werden. Der Schizophrenie eines ungerührt von der pandemischen Lage fortschreitenden Gesetzgebungsbetriebs in den deutschen Parlamenten und gleichzeitig trotzdem immer neuer Ermächtigungen für die Exekutive mit der Begründung, Parlamente könnten einem Ausnahmezustand nicht gerecht werden, muss sofort ein Ende gesetzt werden. Das rein quantitative Argument, das Parlament habe sich über 70 Mal mit der Coronalage befasst, ist eine ausgesprochen unterkomplexe Sicht. Gibt es tatsächlich Politiker in hohen Ämtern, die die Auffassung vertreten, das Parlament habe die Aufgabe des Diskutanten und die Exekutive die Rolle des Entscheiders?

Wäre es nicht vielmehr angebracht, bei so einschneidenden Entscheidungen wie einem Lockdown oder auch nur einem Teil-Lockdown eine Zwei-Drittel-Mehrheit des Parlaments obligat zu machen? Das würde das Corona-Geschehen erheblich entpolitisieren. Und Letzteres wäre dringend geboten zum Wohle aller in Deutschland. ■

_____ *Gesundheitspolitischer Informationsdienst (gid),*
28.10.2020

Die Hygiene in Zahnarztpraxen hat Goldstandard



Foto: © Kzenon - stock.adobe.com

Der Mundraum ist das Einfallstor für Krankheiten aller Art. Deshalb wurde in den Zahnarztpraxen schon vor der COVID-19-Pandemie mehr in Hygiene investiert, als dies in anderen Arztpraxen üblich ist. In Zeiten der Pandemie bewährt sich das nun. Denn nach internationalen Erkenntnissen besteht bei zahnärztlichen Behandlungen ein geringes Corona-Ansteckungsrisiko. Hygiene und Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter haben aber ihren Preis. Und es gibt andere Risiken.

Die Hygienemaßnahmen in Deutschlands Zahnarztpraxen sind darauf ausgerichtet, die Übertragung jeglicher Krankheitserreger zu verhindern. Dafür gibt es ebenso gute wie nachvollziehbare Gründe. Kaum ein Arzt kommt dem Mundraum der Patienten so lange so nahe wie die Zahnärzte. Ohne Schutz wäre das Infektionsrisiko hoch, nicht nur für eine Corona-Infektion. Schon immer mussten Zahnärzte berücksichtigen, dass regelmäßig potentiell infektiöse Patienten zur Behandlung kommen, die zum Beispiel eine Grippe, Masern oder Hepatitis übertragen könnten. Auch die Behandlungsmethoden in der Zahnarztpraxis

erfordern besondere Schutzmaßnahmen für Patienten und Personal. Die sogenannten Aerosole, die wegen Corona in aller Munde sind, gelangen nicht nur beim Sprechen, Husten oder Niesen in die Luft. Bei der Behandlung können Aerosole durch den Rückprall von Spraynebel (Kühlwasser Pulverstrahl) entstehen. Bisher gibt es keinen Nachweis, dass COVID-19 durch Aerosole bei der zahnmedizinischen Behandlung übertragen wird. Spraynebel wird durch eine effiziente, hochvolumige Absaugtechnik reduziert.

Hoher Hygienestandard hat Tradition bei Zahnärzten

Diese Vorsicht im Sinne der Patienten und Beschäftigten hat Tradition bei den Zahnärzten. Schon seit Jahren tragen sie zum Schutz ihrer Patienten einen Mund-Nasen-Schutz, lange bevor es die Maskenpflicht gab. Viele weitere Hygieneregeln, die jetzt wegen der Pandemie erforderlich sind, waren bei den Zahnärzten schon lange Standard. Sie sind fest verankert im vorgeschriebenen Hygieneplan und in den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut („Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“) sowie der Technischen Regel für biologische Arbeitsstoffe (TRBA 250). Zahnärzte tragen bei invasiven Tätigkeiten immer Mund-Nasen-Schutz, Handschuhe, Schutzbrille und beachten die notwendigen Hygienemaßnahmen. Sowohl Praxisteam als Patienten sind diesbezüglich längst eingespielt, Desinfektionsmittel stehen ausreichend zur Verfügung und kommen laufend zum Einsatz.

Mit zusätzlichen Hygiene-Maßnahmen gegen Corona

Um eine Übertragung von SARS-CoV-2 zu verhindern, wurden nun weitere Maßnahmen ergriffen. Patienten spülen vor jeder Behandlung mit einer desinfizierenden Lösung, denn dies tötet einen Großteil der Keime im Mund ab. Bei aerosolproduzierenden Maßnahmen schützt ein sogenanntes Face-Shield zusätzlich, in den Behandlungspausen halten die Mitarbeiter die empfohlenen Mindestabstände ein, eine Schutzmaske wird ständig getragen, auch im Gespräch untereinander. Ähnlich wie im Einzelhandel wird der Rezeptionsbereich wenn möglich durch eine flüssigkeitsdichte Abtrennung geschützt. Auch die Zahl der Personen, die sich zum selben Zeitpunkt in der Praxis aufhalten, wird begrenzt, um die Abstände einhalten zu können. Trotz des



Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

ohnehin schon hohen Hygieneniveaus lernen auch die Zahnmediziner noch dazu. Was getan werden kann, wird getan, um maximalen Schutz für Patienten und Personal zu gewährleisten.

Zahnarztpraxen sind eher Schutzzonen denn Hotspots

Dieses hohe Schutzniveau hat sich bewährt: Es gibt zurzeit kein bekanntes behandlungsbedingtes Infektionsgeschehen in den Zahnarztpraxen – trotz der Nähe, trotz der Aerosole. Und das gilt nicht nur für Deutschland. Auch in anderen Ländern waren Zahnarztpraxen eher Schutzzonen denn Hotspots der Pandemie. Beispiel: China. Prof. Dr. Christoph Benz, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, hat die Erfahrungen, die dort gemacht wurden, kürzlich treffend zusammengefasst: „In China lief der gemeinst mögliche Feldversuch: Ärzte und Zahnärzte wussten bis zum 22. Januar 2020 nicht, dass am 17. November 2019 eine Epidemie ausgebrochen war. Tausende aus den Medizinberufen haben sich infiziert, mindestens 46 Ärzte sind gestorben, besonders betroffen waren die HNO und die Ophthalmologie. Das 1.098 Personen starke Team der Zahnklinik Wuhan hat im Dezember und Januar etwa 120.000 Patienten ganz normal behandelt – Aerosol, einfacher Mundschutz, Kittel. Neun haben sich infiziert, davon drei zu Hause und sechs vielleicht bei der Arbeit. Kein Hochrisiko, kein Superspreader.“ Man kann also nicht nur in Deutschland von der Hygiene-Tradition der Zahnärzte profitieren.

Zahngesundheit stärkt das Immunsystem

Viele Patienten wissen nicht, wie hoch der Schutz und wie niedrig die Ansteckungsgefahr in Zahnarztpraxen ist. Auch in der Politik war der hohe Hygienestandard der Zahnärzte weitgehend unbekannt. Die Bundeszahnärztekammer wird deshalb in den nächsten Wochen und Monaten verstärkt daran arbeiten, Patienten und Politik über die Hygiene-Erfahrungen und -Kenntnisse zu informieren, die die Zahnärzte zu bieten haben. Denn die aus Unkenntnis geborene Furcht vor dem Zahnarztbesuch unter Corona-Bedingungen hat negative Folgen – für die Zahnärzte, die ohne ihre

Patienten erhebliche Einnahmeverluste erleiden, für die Mitarbeiter in den Praxen und Laboren, aber vor allem für die Patienten selbst, die ihre Gesundheit nachhaltig gefährden, wenn sie nicht zum Zahnarzt gehen. Denn was viele Menschen nicht wissen: Der Mundraum ist nicht nur wichtig für das eigene Wohlbefinden, sondern eine mangelnde Zahngesundheit ist in der Lage, das gesamte Immunsystem zu schwächen.

Ganz gesund braucht mundgesund

Deshalb bleiben Vorsorge und die Fortsetzung begonnener Behandlungen wichtig. Die Zahnmediziner sind sich weitgehend einig, dass die zahnärztliche Versorgung nicht auf Akut- und Notfallpatienten beschränkt werden darf. Denn fällt die regelmäßige Vorsorge und Behandlung weg, gibt es bald ganz viele Notfallpatienten. Kleine Beschwerden, die zum Beispiel zeitnah durch eine Füllung beseitigt werden könnten, verursachen bei zu langem Warten womöglich Wurzelbehandlungen oder Abszesse. Jost Rieckesmann, Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, warnt deshalb eindringlich und zu Recht: „Verschieben Sie bitte nicht Ihren routinemäßigen Besuch beim Zahnarzt, lassen Sie Ihre Zähne und Ihr Zahnfleisch nicht im Stich. Wir Zahnärzte sehen bereits die Folgen: Nicht nur zahnmedizinische Schäden treten über kurz oder lang ein, wenn notwendige Behandlungen oder regelmäßige Präventionsmaßnahmen unterbleiben, auch Herz-Kreislauf-, Nieren- und Lungenerkrankungen sowie Diabetes können unmittelbar negativ beeinflusst werden. Gesund im Mund – das stärkt das Immunsystem. Und darauf kommt es mehr denn je an“. Der Appell von Jost Rieckesmann enthält einen wichtigen Hinweis: Ganz gesund braucht mundgesund. Erkrankungen im Mundraum können Auswirkungen auf den Körper haben, zum Beispiel auf das Herz-Kreislauf-System. Wer wegen Corona nicht zum Zahnarzt geht, der geht das höhere Risiko ein.

Mehr Transparenz durch Meldesystem

Ebenso wichtig wie das Wohl der Patienten ist die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen. Um ihren Ängsten und Sorgen zu begegnen, gibt es jetzt ein neu eingerichtetes Meldeportal für aufgetretene Infektionen im Team. Alle Praxen können hier anonym, auf unbürokratische und einfache Weise direkt ihre Landes Zahnärztekammer informieren. Das Ergebnis: mehr Transparenz, ein realistisches Bild über das Infektionsgeschehen und mehr Vertrauen bei Beschäftigten und Patienten.

Hohe Hygienestandards gibt es nicht zum Nulltarif

Die hohen Hygienestandards in den Zahnarztpraxen gibt es nicht zum Nulltarif. Laut einer aktuellen Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) haben Zahnarztpraxen bereits vor dem Corona-Ausbruch rund 70.000 Euro pro ►►

► Jahr und Praxis für Hygienemaßnahmen ausgegeben – das ist aus den beschriebenen Gründen deutlich mehr als bei anderen Arztpraxen.

Jetzt sind die Corona-Maßnahmen dazu gekommen. Und nicht nur die verursachen zusätzliche Aufwände. Hinzu kommt, dass die Preise für Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel enorm gestiegen sind. Um diese zusätzlichen Belastungen stemmen zu können, haben BZÄK und PKV eine Corona-Hygiene-Pauschale von 14,23 Euro vereinbart. Sie hilft den Zahnärzten, die Hygienelasten der Corona-Krise etwas zu mildern. Sie gilt bei jeder Behandlung eines privatversicherten Patienten bzw. eines gesetzlich Versicherten mit entsprechender privater Zusatzversicherung. Die ursprünglich bis Juli 2020 geltende Pauschale wurde unbürokratisch bis September 2020 verlängert – statt in einem langen Tauziehen unnötig Zeit zu verlieren, waren sich BZÄK, PKV und Beihilfe schnell einig, dass diese Unterstützung für die Zahnärzte erforderlich bleibt. In der Krise wird am selben Strang gezogen und solidarisch gehandelt – das ist eine ebenso erfreuliche wie wichtige

Erkenntnis, die wir in der Krise gewonnen haben. Niemand weiß, wie lange wir noch unter Corona-Bedingungen leben und arbeiten müssen.

Obwohl in Deutschland mittlerweile schon viele Beschränkungen aufgehoben wurden, ist ein Ende der Krise nicht in Sicht und eine abermalige Verschärfung aufgrund einer „zweiten Welle“ auch nicht ausgeschlossen. Die Zahnärzte in Deutschland sind in jedem Fall gut gerüstet, können auf ihre Erfahrungen bauen und lernen jeden Tag dazu. Der Hygienestandard war und ist hoch, die Ansteckungsgefahr niedrig und wir werden alles dafür tun, damit das so bleibt und wir unseren Goldstandard halten. Diese Leidenschaft in unserem Beruf und die Höchstleistungen im Hygienebereich möchten wir im Herbst möglichst vielen Menschen kundtun, damit gute Zähne und Mundhygiene die Grundlage für eine stabile Gesundheit bleiben. ■

_____ Dr. Peter Engel, Präsident der
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Umfrage zum Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2 in der zahnärztlichen Praxis

Bitte melden Sie anonym Infektionsgeschehen in den Praxen!

Um eine Beurteilung des vorhandenen Risikos des zahnärztlichen Behandlungsteams im Zusammenhang mit Sars-CoV-2 Infektionen vornehmen zu können, bedarf es einer möglichst objektiven Erfassung von Erkrankungen. Spezifische Daten liegen bisher dazu aus den Gesundheitsämtern nicht vor und sind in der derzeitigen Situation auch nicht zu erwarten.

International vorliegende Daten weisen auf geringe Risiken im Zusammenhang mit dem zahnärztlichen Behandlungsgeschehen hin. Trotzdem gibt es immer wieder in der Öffentlichkeit, aus dem Berufsstand selbst, aber auch von zahnärztlichen Mitarbeitern geäußerte Befürchtungen und Ängste, die teilweise bereits Grundlage für politische Entscheidungen waren, die zahnärztliche Versorgung nur noch in Notfällen zu zulassen.

Hier kann man nur mit möglichst validen Daten argumentativ eingreifen. Dafür brauchen wir Ihre Hilfe.

Wir möchten ermitteln, wie hoch die Zahl der an Covid-19 erkrankten Kollegen oder Praxismitarbeiter ist und zudem erfassen, ob Infektionswege im unmittelbaren Zusammenhang mit der zahnärztlichen Tätigkeit oder möglicherweise

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

dem privaten Umfeld standen. Zusätzlich möchten wir eruieren, unter welchen Arbeitsschutzmaßnahmen die zahnärztliche Tätigkeit erfolgte und welche Folgen die Infektion für die Praxis hatte.

Ziel ist es, im Rahmen der Pandemie möglichst real einschätzen zu können, wie Zahnärzte/zahnärztliche Behandlungsteams auch im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung von der Sars-CoV-2 Infektion betroffen sind. Damit ermöglicht sich eine Aussage, ob sich die Arbeitsschutzmaßnahmen und Hygieneregeln im zahnärztlichen Bereich trotz der Dichte zum Infektionsort als wirksam erwiesen haben.

Wir haben deshalb einen **anonymen Meldebogen** erstellt. Den Link zur Meldung erhalten alle Mitglieder der ZKN, wenn Sie eine E-Mail mit Betreffangabe „Umfrage Infektionsgeschehen“ senden an: cov-2-umfrage@zkn.de

Erste gemeldete Ergebnisse zum Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2

Im Mai hatte die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) einen anonymen Online-Meldebogen veröffentlicht mit der Bitte an alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, Informationen über eine SARS-CoV-2-Infektion in der Praxis zu melden. Nun liegen die ersten Ergebnisse vor: Bis Mitte September 2020 wurden acht Infektionen gemeldet. Das pandemische Auftreten eines neuen Krankheitserregers und das fehlende Wissen, wie man dessen Übertragung wirksam verhindern kann, haben im März und im April zu einer großen Verunsicherung in Zahnarztpraxen und sogar zu Forderungen nach deren Schließung geführt.

Das Infektionsrisiko beim Zahnarzt ist nicht erhöht

Mittlerweile zeigt sich, dass die Schutzmaßnahmen und die zusätzlich in den Zahnarztpraxen ergriffenen Maßnahmen offensichtlich äußerst effektiv sind [Meng et al., 2019]. Die derzeit vorliegenden Berichte geben ebenfalls keine Hinweise für ein erhöhtes Infektionsrisiko im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen [Dadlani, 2020; Nardone et al., 2020]. Auch der in der Praxis routinemäßig eingesetzte Mund-Nasen-Schutz (MNS) erweist sich als ein wirksamer Schutz.

Schon mit dem Auftreten von SARS-1 konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden, dass sowohl MNS als auch Atemschutzmasken in der Lage sind, deren Träger vor dem Corona-Virus zu schützen [Jatzwauk, 2006]. Weitere Informationen zur Wirkung von Schutzmaßnahmen und den sich daraus ergebenden Empfehlungen für die zahnärztliche Praxis finden Sie in der kürzlich erschienenen S1-Leitlinie „Umgang mit zahnmedizinischen Patienten bei Belastung mit Aerosol-übertragbaren Erregern“ unter www.bzaek.de – Berufsausübung – Sars-CoV-2 – Risikomanagement oder unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/083-046.html>.

Gerade unter den derzeitigen Bedingungen steigender Infektionszahlen ist es weiterhin wichtig, die Entwicklungen des Infektionsgeschehens genau zu beobachten und auch die internationalen Entwicklungen und Erfahrungen dazu heranzuziehen.

Erste Ergebnisse – acht auswertbare Meldungen – aus dem anonymen Online-Meldebogen über Infektionen in

der Zahnarztpraxis liegen jetzt vor: Sieben Fälle wurden von Zahnärzten oder Zahnärztinnen gemeldet, eine Erkrankung von einer Stuhl- beziehungsweise Prophylaxeassistentin. Vier der Infektionsgeschehen waren auf private Kontakte zurückzuführen, zwei auf unbekannte Kontakte und zwei fanden durch Praxispersonal statt.

In sechs der acht Praxen kam es zu keiner Infektion von weiteren Personen in der Praxis. Auffällig ist, dass in beiden Praxen, in denen eine Infektion weitergegeben wurde, keine angeordneten kontaktreduzierenden Maßnahmen durchgeführt wurden. In fünf Fällen wurde die Praxis durch das Gesundheitsamt zeitweise geschlossen, in einem Fall geschah dies aus Eigenverantwortung.

Ein Teil der Meldenden hatte in der Meldung den Freitext genutzt, um die Vorgehensweise des zuständigen Gesundheitsamts zu schildern. Hier scheinen seitens der Behörden – dies hatten auch Telefonanrufe zwischen März und Mai hier im Haus gezeigt – sehr heterogene und nicht immer nachvollziehbare Entscheidungen getroffen worden zu sein. ■

_____zm-online, 16.10.2020



So können Sie Infektionen melden

- ▶ Die BZÄK hält die Möglichkeit zur Meldung von Infektionen in Zahnarztpraxen weiter vor. Meldung und Auswertung der Daten erfolgen anonym, Rückschlüsse auf einzelne Praxen können nicht gezogen werden.
- ▶ Den Link zur Meldung erhalten Sie von Ihrer Zahnärztekammer. Den Ansprechpartner zu COVID-19 finden Sie unter: <https://www.bzaek.de/berufsausuebung/sars-cov-2covid-19/ansprechpartner.html>.
- ▶ Speichern Sie den Link und beantworten Sie die Fragen pro Infektionsereignis pro Praxis, wenn Sie oder ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin in der Zahnarztpraxis mit SARS-CoV-2 infiziert sind oder waren.

Pandemie-Bewältigung und Handlungsbedarfe in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

V

or dem Hintergrund der andauernden Corona-Pandemie haben Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ein gemeinsames Positionspapier zu grundlegenden Handlungsbedarfen in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung vorgelegt. Ziel des konzeptionellen Vorstoßes der beiden Bundeskörperschaften ist es, Erfahrungen und Erkenntnisse der vergangenen Monate zu nutzen, um die Krisenreaktionsfähigkeit des ambulanten Versorgungsektors in seiner Gesamtheit zu festigen und zielgerichtet weiterzuentwickeln.

Dr. Andreas Gassen, Vorsitzender des Vorstandes der KBV: „Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bilden seit Beginn der Corona-Pandemie den Schutzwall unseres Gesundheitswesens: 19 von 20 COVID-19-Patienten werden ambulant behandelt. Das frühe Unterbrechen von Infektionsketten im Frühjahr war ein Grund dafür, dass Deutschland bislang so gut durch die Krise gekommen ist. Nun ist es an der Zeit, erste Lehren aus der Pandemie zu ziehen und praktikable Wege für das weitere Handeln aufzuzeigen, um auf ein eventuelles Wiedererstarken der

KZBV

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Corona-Krise vorbereitet zu sein. Damit das ambulante Bollwerk auch in solch außergewöhnlichen Situationen stabil bleiben kann, bedarf es eines zukunftsfähigen Fundaments für die Vertragsärzteschaft und Vertragszahnärzteschaft. Das gemeinsame Positionspapier von KBV und KZBV legt Handlungsempfehlungen und konkrete Maßnahmen dar, um den ambulanten Versorgungsektor in seiner Gesamtheit krisenfest weiterentwickeln zu können.“

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Zahnärzteschaft und Behandlungsteams haben in der Corona-Krise an sprichwörtlich ‚vorderster Front‘ des Infektionsgeschehens verantwortungsbewusst und mit großem Engagement gearbeitet und sowohl die zahnärztliche Versorgung aller Versicherten aufrechterhalten, wie auch die Behandlung von Infizierten und unter Quarantäne stehenden Patientinnen und Patienten in eigens errichteten Schwerpunktpraxen und Behandlungszentren vorbildlich durchgeführt. Jetzt gilt es, aus den Erfahrungen der Krise zu lernen und bei wieder steigenden Infektionszahlen standardisierte Vorkehrungen für den Fall einer zweiten Welle und mögliche künftige Pandemiefälle zu treffen. KZBV und KBV leisten mit ihren zentralen Empfehlungen einen wichtigen Beitrag für die Sicherung der ambulanten medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung in Krisensituationen.“

Das gemeinsame Positionspapier zur Pandemie-Bewältigung und Handlungsbedarfen in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung kann auf den Websites von KBV und KZBV abgerufen werden. ■



19 von 20 COVID-19-Patienten werden ambulant behandelt



Zahnärzteschaft und Behandlungsteams an sprichwörtlich ‚vorderster Front‘

Pressemitteilung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), 02.10.2020

Verbände aller Heilberufe unterstützen Corona-Warn-App

KZBV

KBV KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

BUNDESAPOTHEKERVERBÄNDE

ABDA



Foto: © zigies - stock.adobe.com

Um eine Infektion mit dem Corona-Virus soweit wie möglich zu vermeiden, gilt die AHA-Regel – Abstand halten, Hygieneregeln und Alltagsmasken. Zusätzlich kann die Corona-Warn-App der Bundesregierung dazu beitragen, Infektionsketten schneller zu erkennen und zu unterbrechen. Die Verbände und Bundeskörperschaften der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker ermutigen deshalb alle Bundesbürger mit einem kompatiblen Smartphone, diese kostenlose App zu nutzen. „Die App kann wertvolle Hinweise auf ein erhöhtes Infektionsrisiko liefern. Klar ist aber auch: Die Diagnose Covid-19 kann nur ein Arzt stellen“, sagt Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Bislang wurde die Corona-Warn-App rund 18 Millionen Mal heruntergeladen. „Mit der App wurde rechtzeitig vor der kalten Jahreszeit eine wirksame Technologie zur Pandemie-Prävention

geschaffen. Jetzt kommt es darauf an, dass die App nicht nur heruntergeladen, sondern auch genutzt wird. Im Falle eines positiven Testergebnisses sollten App-Nutzer ihre Kontakte über die App informieren. Die Bundesregierung sichert dafür absolute Datensicherheit zu. Auf diese Weise können alle Bürgerinnen und Bürger mit wenig Aufwand dazu beitragen, die Pandemie einzudämmen und weitere Einschränkungen unseres gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens zu vermeiden“, betont Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer.

„Von Beginn an hat die KZBV die Corona-Warn-App über ihre Kommunikationskanäle unterstützt. Dazu gehört auch die Verbreitung des entsprechenden Informationsmaterials des Bundespresseamtes bei zahnärztlichen Körperschaften auf Landesebene, bei Praxen und Patienten. Aus Gründen des Infektionsschutzes ruft die Vertragszahnärzteschaft jetzt noch einmal aktiv zur möglichst flächendeckenden Nutzung der Anwendung auf. Jede Infektionskette, die mit Hilfe der App unterbrochen werden kann, ist ein wichtiger Beitrag im Kampf gegen die Pandemie“, sagte Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV).

„Angesichts steigender Infektionszahlen ist es wichtig, dass möglichst viele Leute die Corona-Warn-App nutzen und schnell erfahren können, wenn sie einen Risikokontakt hatten“, so Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK).

Friedemann Schmidt, Präsident der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände: „Die Apotheken sind niedrigschwellige Anlaufstellen in allen Gesundheitsfragen. Auch wer weder einen Arzt noch Zahnarzt aufsucht, sieht dennoch die Schaufenster von Apotheken. Ab Oktober werden in vielen Apotheken neue Plakate zu sehen sein, auch zur Corona-Warn-App.“

Weitere Informationen unter www.kbv.de; www.baek.de; www.kzbv.de, www.bzaek.de und www.abda.de ■

Gemeinsame Pressemitteilung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Bundesärztekammer (BÄK) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK), 07.10.2020



Grafik: © vestpouch - stock.adobe.com

Über „Totengräber“ von tradierten Systemen

Eigentlich herrscht herbstliche Ferienstimmung – nicht nur im Hohen Haus an der Spree, sondern in der gesamten Republik. Auch wenn inzwischen die zweite Welle der Corona-Pandemie über die Bundesrepublik Deutschland zu schwappen scheint. Mit allen möglichen, noch völlig unabsehbaren Folgen. Und eine Woche ohne einen neuen, möglicherweise unerwarteten Gesetzentwurf aus dem Hause des amtierenden CDU-Bundesgesundheitsministers Jens Spahn MdB (40), dass verschafft etwas Luft, um über die möglichen, „größten Totengräber“ von tradierten Systemen im bundesdeutschen Gesundheitswesen nachzudenken.

„Totengräbern“ oblag es seit Jahrhunderten bis heute, die Erdlöcher auszuheben und später über den Särgen zu schließen, damit sich eine mehr oder minder trauernde

Gemeinde zum Abschied für einen Verstorbenen an dieser Grube versammeln kann. Über die „Ehrbarkeit“ dieses Berufes lässt sich trefflich nachdenken oder gar streiten. Im politischen Geschäft versieht man Akteurinnen und Akteure gerne mit diesem Begriff, wenn sie dazu beigetragen haben, etwas Tradiertes, Eingebühtes und Erfolgreiches aus dem Wege zu schaffen – also zu beseitigen, ad acta zu legen. Ob das dann entstehende (Ersatz-)Produkt optimaler, effizienter oder gar effektiver ist, das entscheiden zeitliche Äonen später andere Generationen. Die dann fragen könnten: „Wie konnten die Altvorderen nur so etwas machen?“

Ob es aktuell schon Totengräber bedarf, um eine über 130 Jahre alte Idee des damaligen Reichskanzlers Otto Fürst von Bismarck (†) endgültig zu beerdigen, das wäre

zu diskutieren. Oder muss man sich nur schon heute darauf vorbereiten, dass die Order für das Ausheben einer tiefen, gesundheitspolitischen Grube ganz schnell und völlig unvorbereitet eintreffen könnte? Und aus einer Richtung, von der man es nicht erwartet hätte? Bismarck, dem Gründer des zweiten deutschen Kaiserreiches verdanken wir nicht nur die ersten Gedanken und Aktionen für ein gegliedertes Krankenversicherungssystem, die Einführung des Rechtsinstitutes der Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern noch weit mehr wie auch Visionäres. Doch, was in den kaum fünf Jahrzehnte andauernden zweiten Kaiserreich revolutionär anmutete, löst heute bei manchen politischen Akteurinnen und Akteuren nur noch ein müdes Gähnen aus. Dazu dürften die Freie Wahl von Therapeutinnen und Therapeuten genauso gehören wie ein gegliedertes Krankenversicherungssystem. Kurz und knapp interpretiert: Ginge es nach dem politischen Willen von bündnisgrünen Politikerinnen und Politikern genauso wie von Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten und/oder Vertreterinnen und Vertretern von DIE LINKE bzw. großen Teilen der nachwachsenden Therapeutinnen- und Therapeuten-Generationen, dann würde die ambulante Gesundheitsversorgung in Deutschland à la longue über Gesundheitszentren bzw. Polikliniken erfolgen – und über eine „Bürgerversicherung“ genannte „Einheitsversicherung“ bezahlt werden, in der alle Bürgerinnen und Bürger vereinigt sind.

Um derartige Beschlüsse vorzubereiten, dazu bedarf es aktiver Totengräberinnen und Totengräbern. Denn der aktuelle Zustand der ambulanten Gesundheitsversorgung wie auch der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist eigentlich das vorläufige Endergebnis von vielen, vielen kleinen evolutionären Entscheidungen und Entwicklungen. Nach 1945 nahm in Deutschland so mancher Akteur den gesundheitspolitischen Spaten in die Hand und „pflegte“ schon einmal die Gräber durch Entscheidungen vor. In den 1960er Jahren war es z.B. die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG), die in der Folge nolens volens die Grundlagen schuf, um aus den früheren „Halbgöttern in Weiß“ ein weiblich dominiertes Nachwuchsprodukt für das 21. Jahrhundert zu schaffen. Mit der vom BVerfG dekretierten Niederlassungsfreiheit – nicht nur aus damaliger Sicht eine völlig verständliche Judikatur – öffnete man die Türen weit für die Berufsausübung von Massen. Elitär und vornehm war man vorher. 1988 folgte – bei ständig zunehmenden Teilnehmerzahlen – zumindest bei den Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten der politische Budgetdeckel. Wo kaum noch Einzelleistungen vergütet werden, herrscht eben der masseninduzierte Honorarmangel. Heute haben die Studierenden „null Bock“ auf Niederlassung und Freiberufertum. Wo auf eine Vertragsarztstelle „wg. work-live-balance“ drei Berufsaus-

übende benötigt werden, ist die erfolgreiche Erbringung von medizinischen Dienstleistungen hinsichtlich ihres gesellschaftlichen Images nur noch ein Schatten dessen, was sie noch in den ausgehenden 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts darstellte.

Ähnliches bei der GKV. Nach dem II. Weltkrieg wiedererstand – gegliedert in unzählige kleine Körperschaften z.B. auf Kreisebene, die sich um das gesundheitliche Wohl und Wehe der Bevölkerung bemühten. Ab 1979 geknechtet zuerst von einer sozialliberalen, dann christlich-liberalen Koalition, deren diverse Kostendämpfungsbemühungen die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik der Kassen irgendwie in vertretbaren Grenzen halten sollten. 1996 wurde sie von einem CSU-Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (71) entlassen in den „Markt“. Doch die damals inaugurierte Wettbewerbsorientierung verschwand zu rot-grünen Regierungszeiten schon wieder merklich, um dann während der ersten Großen Koalition (GroKo) der Ära von CDU-Bundeskanzlerin Dr. rer. nat. Angela Merkel MdB (66) im Februar 2007 in einer ersten Aktion der Marke „Totengräber“ zu enden. Mit dem unter SPD-Ressortchefin Ulla Schmidt MdB (71) im Bundesgesundheitsministerium (BMG) entwickelten „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ schaffte man die neun, sich in der Regel uneinigen Spitzenverbände der Kassenarten ab und legte die gesetzlichen Grundsteine für den heute die Leistungserbringer über den Honorarisch ziehenden Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV). Hatte man früher den Eindruck, dass politisch geeinte, an einem Strang ziehende Kassenartenverbände einer/m amtierenden Gesundheitsministerin/Gesundheitsminister gehörig unter Druck bzw. in die Bredouille zu bringen vermochten, dann wirkt der heute für alle sprechende Kassenverband oft genug eher wie ein zahnloses, artiges (Papier-)Tigerchen. Und so mancher der neu entstandenen freien Kassenzusammenschlüsse noch wirkungsloser. Früher traten sie selbstbewusster und stolzer auf.

Nehmen wir z.B. den BKK Dachverband (BKK DV). Dort hatten die Selbstverwalter der Betriebskrankenkassen nichts Besseres zu tun, als einen der drei politischen „Taliban“ von SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, Franz Knieps (64), auf den Stuhl des Allein-Vorstands zu hieven. Den Taliban geht der Ruf voraus, mit dazu beigetragen zu haben, dass die neun tradierten Kassenverbände zerschlagen wurden und die nächsten Fusionswellen die GKV erschütterten. Die drei also quasi die „Totengräber“ für die alten Verbandsstrukturen der GKV waren. Die BKKen erhielten jedoch einst ihren Ruf, Stärke und Einfluss durch ihre Betriebsbezogenheit. Für geschlossene BKKen hat man beim BKK DV heute anscheinend kein offenes Ohr mehr. Niemand rührte bei diesem Verband vernehmbar die Hand, um für die Interessen der erfolg- ►►

**KOMPETENT · ZEITNAH ·
VERLÄSSLICH · NIEDERSACHSENWEIT**

Die Servicehotlines der KZVN

► Abrechnung

- Montag bis Donnerstag:
08:00 Uhr – 13:00 Uhr und 14:00 Uhr – 17:00 Uhr
- Freitag: 08:00 Uhr – 15:00 Uhr

→ Kontakt

Schwerpunkt Quartalsabrechnung:

Telefon: 0511 8405-375

Fax: 0511 590970-66

E-Mail: kch-service@kzvn.de

kfo-service@kzvn.de

Schwerpunkt Monatsabrechnung:

Telefon: 0511 8405-390

Fax: 0511 837267

E-Mail: hotline-abrechnung@kzvn.de

► Vertragsfragen

- Montag bis Donnerstag:
09:00 Uhr – 12:00 Uhr und 13:00 Uhr – 17:00 Uhr
- Freitag: 09:00 Uhr – 12:00 Uhr

→ Kontakt

Telefon: 0511 8405-206

E-Mail: service@kzvn.de

► Online-Support

- Montag bis Donnerstag: 08:00 Uhr – 17:00 Uhr
- Freitag: 08:00 Uhr – 15:00 Uhr

→ Kontakt

Telefon: 0511 8405-395

Fax: 0511 59097063

E-Mail: abrechnung@kzvn.de

► Finanzen

- Montag bis Freitag: 09:00 Uhr – 12:00 Uhr

→ Kontakt

Telefon: 0511 8405-400

E-Mail: finanzen@kzvn.de

► reich operierenden und damit oft genug zu den „reichen“ Kassen bundesweit zählenden kleinen Körperschaften einzutreten. Knieps schwieg weitgehend zum Spahn'schen Griff in die Rücklagen dieser sich wacker haltenden Marktteilnehmer. Deren Vermögen ja schließlich gerade auch durch Zahlungen der jeweiligen Trägerbetriebe zustande gekommen sind. In der Berliner Mauerstraße scheint man nur noch auf die schiere Größe der Körperschaften (to big to fail) zu setzen, der Mittelstand ist offenbar „out“ und man wuchert nicht mehr mit dem Pfund der vielen lokalen wie regional erfolgreichen Kassen. Vernimmt man da etwa schon Vorbereitungen oder gar Geräusche von bewussten Ausschachtungsarbeiten?

Einer, der nicht erst seit seinem Einzug 2005 in den Bundestag einer Minderung der Zahl der Krankenkassen bis hin zu Einheitsversicherung das Wort geredet hat, ist wohl Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach MdB (57). Der Gesundheitsökonom mit Leverkusener SPD-Direktwahlkreis hat nie einen Hehl daraus gemacht, welche Spaten er nutzen würde, um eines seiner politischen Lieblingsziele zu realisieren. Man muss sich nur einige seiner Wortspenden bei seiner Bewerbung um den SPD-Parteivorsitz 2019 genauer ansehen und lesen. Lauterbach würde sicherlich gerne die Verantwortung dafür tragen, dem gegliederten Krankenversicherungssystem den finalen Todesstoß zu geben und dafür an erster Stelle dabei sein, wenn die Grube zum finalen Gang ausgehoben wird. Nur lässt ihn vorerst keiner ran! Er kann nur flüstern und öffentlich wie hinter den Kulissen fleißig Ratschläge erteilen.

Welchen Einfluss Lauterbach auf den vorerst letzten Schlag gegen die gegliederten Strukturen der GKV hatte, darüber kann man sinnieren. Aber Urheber des Versuches des rücksichtslosen Griffs in die „Julistürme“ der Kassen ist offiziell nun einmal der amtierende Bundesgesundheitsminister. Hat er, als er sein jüngstes „GKV-Maßnahmenpaket“ auf Kiel legte, bewusst über die strukturellen Folgen nachgedacht? Oder wollte er nur seinem Ruf als populistisch denkender „Entscheider“, der brachial zugreifen kann, gerecht werden? Wusste er, dass er damit dem Erosionsprozess in der Kassenlandschaft gewaltig Vorschub leistete? Von einem Stillstand für die Innovationsfreudigkeit der GKV einmal ganz zu schweigen. Sollte das der Fall sein, dann hat Ende September 2020 offenbar der sich gerne auch als Mittelständler gebende Ressortchef den Spaten in die Hand genommen. Ob der Beruf des „Totengräbers“ dadurch ehrbarer werden wird? ■

_____A+S aktuell, 16.10.2020



Fotos: Thomas Eisenkötter



Die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen aus den 17 KZVen Deutschlands trafen sich am 18./19. September auf Einladung der KZV Schleswig-Holstein. Der Vorsitzende der WV der KZV-Niedersachsen vorn links im linken Bild.

WV-Vorsitzenden-Treffen – gemeinsame Tagung in Kiel

Am 18. und 19. September trafen sich die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen aus den 17 bundesdeutschen KZVen zu ihrer ersten gemeinsamen Tagung im Jahr 2020. Die Frühjahrversammlung im April in Dessau hatte aufgrund der COVID-19-Pandemie ausfallen müssen, so dass sich alle Teilnehmer erleichtert zeigten, dass die Herbstsitzung nun wie geplant in Kiel stattfinden konnte. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein, Dr. Nils Borchers, hatte seine Kollegin und seine Kollegen nach Kiel eingeladen. Das letzte Treffen dieser Art in Schleswig-Holstein hatte 2012 in Lübeck stattgefunden.

Die regelmäßigen gemeinsamen Tagungen sind das Forum für einen Meinungs- und Informationsaustausch zwischen den WV-Vorsitzenden der KZVen. Auf der Tagesordnung der Veranstaltung, die unter der Moderation von Dr. Borchers im Kieler Kaufmann stattfand, standen dieses Mal die Berichte aus den KZVen unter Berücksichtigung der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung und der Vertragssituation 2020. Die Diskussionen über die sehr unterschiedlichen Versorgungssituationen und Vertragsstrukturen in den einzelnen KZVen nahmen dabei einen großen Raum ein.

Ein weiterer Punkt war die Richtlinie zur IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 75b SGB V). Schwerpunkte waren hier Fragen zur Umsetzung und zur Finanzierung der geplanten Richtlinie. Einig waren sich die WV-Vorsitzenden darin, dass die zunehmende Implementierung von IT-Anwendungsmöglichkeiten, insbesondere aber auch die Umsetzung von immer neuen gesetzlichen Vorgaben in den Praxen einen hohen zeitlichen Arbeitsaufwand und erhebliche zusätzliche

Kosten verursachen, die vom Gesetzgeber nicht aufgefangen würden. Außerdem bestünden gegenüber dem BMG unverändert Fragen zur IT-Sicherheit und zur Finanzierung, die einer umgehenden Beantwortung bedürften. Insgesamt beurteilten die WV-Vorsitzenden den vorliegenden Entwurf kritisch. Außerdem tauschten sich die Tagungsteilnehmer über die Erfahrungen mit Videokonferenzen innerhalb der KZVen, z.B. bei Ausschusssitzungen, aber auch im Zusammenhang mit der Durchführung von Vertreterversammlungen aus. Die einhellige Meinung war, dass solche Videokonferenzen im Rahmen des Pandemiemanagements eine große Hilfe darstellten, Vertreterversammlungen jedoch auf KZV- und auch auf KZBV-Ebene als Präsenzveranstaltungen durchgeführt werden sollten. Informationsaustausch und abschließende Meinungsbildung seien bei Online-Veranstaltungen nur sehr eingeschränkt möglich.

Kritisch wurde der Verlauf der EV-Sitzung des FVDZ am 4./5. September 2020 diskutiert. Insbesondere die Resolution Nr. 2, das sogenannte „Fünf-Punkte-Papier“ und die Pressemitteilung des FVDZ vom 4. September 2020, stoßen auf Unverständnis und lösen Widerspruch aus. Die Kritik an der Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung und an den zahnärztlichen Körperschaften erscheinen den WV-Vorsitzenden als völlig überzogen und in der Sache unberechtigt.

Der intensive Meinungs- und Erfahrungsaustausch zwischen den WV-Vorsitzenden der KZVen soll fortgesetzt werden. Die KZV Sachsen-Anhalt hat ihre Einladung erneuert und für den April 2021 nach Dessau eingeladen. Die Teilnehmer bedankten sich bei Dr. Borchers und den Mitarbeiterinnen des Büros der Selbstverwaltung der KZV S-H für die sehr gute Organisation dieser Veranstaltung unter den erschwerten Pandemie-Bedingungen. ■ _____ Dr. Ulrich Obermeyer, Hagen

Die Therapie von Frontzahntraumata

TEIL 2 – DISLOKATIONSVERLETZUNGEN

Dr. med. dent. Mario Schulze, Dresden



Dislokationsverletzungen treten je nach Richtung und Schwere der Krafteinwirkung in unterschiedlichem Ausmaß und unterschiedlicher Auswirkung auf. Dabei betrifft die Schädigung alle Bestandteile des Zahnhalteapparates. Je stärker die Wurzelspitze bei dieser Art von Trauma bewegt und/oder ausgelenkt wird, desto wahrscheinlicher sind auch Verletzungen der Pulpa bis hin zum Abriss des Gefäß-Nerven-Bündels. Oberste Ziele der Therapie sind der langfristige Zahnerhalt und die Vermeidung posttraumatischer Komplikationen. Hierbei stellen die Resorptionen aufgrund der Beteiligung des Wurzelzementes das größte Risiko dar. Je nach Schweregrad werden die Dislokationsverletzungen in Konkussion mit einer diskreten Traumatisierung des Parodontalligamentes, über Lockerung, laterale Dislokation, Extrusion und Intrusion bis hin zur Avulsion mit Abriss der Pulpa sowie des Parodontalligamentes, ggf. in Kombination mit weiteren Verletzungen des Alveolarknochens und/oder der Weichgewebe, eingeteilt⁽¹⁾.

Diagnostik

Anamnese, klinische und radiologische Diagnostik sowie Befunddokumentation decken sich mit denen der Zahnfrakturen (Teil 1, siehe NZB 10/2020). Zusätzlich sind bei den Dislokationsverletzungen die Art und der Umfang der Zahnauslenkung, daraus resultierend das Ausmaß der Wurzelzementverletzung sowie die Wahrscheinlichkeit der Schädigung des Pulpakomplexes zu beurteilen und ggf. zeitnah Behandlungsschritte einzuleiten. Bei dem Sonderfall der Avulsion sind zusätzlich Zeitraum und Art der extraalveolären Lagerung zu erheben, da dies Auswirkungen auf Therapie und Prognose hat. Um das Gesamtausmaß der Verletzung und alle betroffenen Zähne und Strukturen zu detektieren, kann neben den bekannten und konventionellen radiologischen Untersuchungsmethoden die Dentale Volumetomografie (DVT) zur erweiterten Diagnostik herangezogen werden. Insbesondere

Frakturen des Alveolarknochens sind auf diesem Wege zuverlässiger zu diagnostizieren als in konventionellen Röntgenaufnahmen (Abb. 1 bis 3). Für die Behandlung der Dislokationsverletzungen werden neben den Instrumenten und Materialien zur



Foto: Dr. Mario Schulze



Abb. 1 und 2: Klinische Bilder eine Woche nach Fahrradsturz und Primärversorgung (kombinierte Extrusion und Dislokation des Zahnes 11 nach palatinal mit Fraktur des Alveolarfortsatzes, laterale Dislokation des Zahnes 21, weit offenes apikales Foramen)



Abb. 3: Radiologischer Befund (DVT-Ausschnitt mit Darstellung der Alveolarfortsatzfraktur und des weiten apikalen Foramens)



Abb. 4: Klinisches Bild nach Stoß von unten gegen das Kinn; Lockerung des Zahnes 31, Perkussion stark positiv, Sensibilität auf Kältereiz negativ. Bei Krafteinwirkung von unten auf die Mandibula sind immer auch die Kiefergelenke auf Frakturen zu untersuchen.

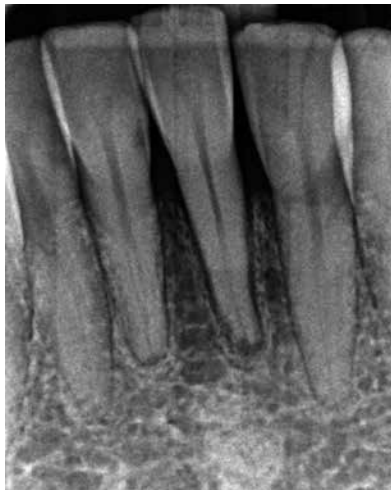


Abb. 5: Röntgenaufnahme der Unterkiefer-Front am Unfalltag vor flexibler Schienung mit dem Titan-Trauma-Splint® (TTS); sichtbare Aufweitung der Alveole von Zahn 31



Abb. 6: Verlaufskontrolle 4 Wochen nach Trauma mit regulärem Verlauf des Parodontalspaltes am Zahn 31 bei Beschwerdefreiheit und Sensibilität auf Kältereiz

Therapie der Frakturverletzungen aus Teil 1 je nach Schweregrad zusätzlich benötigt:

1. Titan-Trauma-Splint® zur Schienung
2. Lokalanästhetikum,
3. Chirurgisches Instrumentarium zur Reposition des Zahnes, Säuberung der Alveole, Nahtmaterial.

1. Dislokationen

1.1 Konkussion

Befunde:

Klinisch zeigen sich häufig eine diskrete Lockerung des Zahnes sowie ein Perkussionsschmerz. Die Sensibilität des Zahnes ist aufgrund der nur minimalen Verlagerung des Zahnes ohne gravierende Verletzung des Gefäß-Nerven-Bündels nicht beeinträchtigt. Radiologisch sind keine Veränderungen zu erkennen.

Therapie:

Im Regelfall ist keine Therapie erforderlich. Die Prognose hinsichtlich der Pulpavitalität und des Zahnerhaltes ist sehr gut. Bei ausgeprägter Perkussionsempfindlichkeit mit Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme kann die 1- bis 2-wöchige Schienung der

verletzten Zähne an den jeweils benachbarten Zähnen sinnvoll sein. Die flexible Schienung gelingt mit dem Titan-Trauma-Splint® (Medartis AG, Basel, Schweiz) am einfachsten und lässt den Zähnen sowie dem Parodont einen Teil der physiologischen Belastung. Starre Schienungen mit Draht oder Komposit gelten heute als nicht mehr indiziert. Zum einen ist die Drahtschienung mit Ligaturen sehr zeitaufwendig, Komposit-schienungen sind fraktur anfällig; zum anderen verhindern beide eine physiologische Belastung des parodontalen Faserapparates.

1.2 Lockerung

Befunde:

Am verletzten Zahn/Parodont kommt es durch die stärkere Krafteinwirkung zu einer Auslenkung des Zahnes mit Quetschung, ggf. Zerreißen und Einblutung in das Parodontalligament sowie daraus resultierend zu einer Dehnung der Alveole. Die Lockerung des Zahnes ist ausgeprägter als bei der Konkussion. Der betroffene Zahn kann in der Zahnstellung verändert sein. Die Sensibilität ist häufig initial negativ und nachfolgend sind aufgrund

intrakoronaler Blutungen rötliche Diskolorationen des Zahnes möglich. Diese können reversibel sein und stellen allein keine Indikation zur endodontischen Therapie dar; geht die Verfärbung anschließend ins Gräuliche über, ist dies ein Hinweis auf eine Pulp nekrose. Diese tritt, wie auch die Resorption, bei dieser Art der Verletzung selten auf⁽²⁾. Radiologisch imponiert oft eine Aufdehnung der Alveole (Abb. 4 bis 6). Im engmaschigen Recall mit klinischen und radiologischen Nachkontrollen nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten ist die Wiederkehr einer Reizantwort der Pulpa auf Temperatur zu beobachten.

Therapie:

Betroffene Zähne sind wegen der Perkussionsempfindlichkeit und der damit einhergehenden Behinderung der Nahrungsaufnahme schnellstmöglich zu schienen. Die flexible Schienung sollte für 1–3 Wochen belassen werden. Ob und inwieweit eine endodontische Therapie erfolgen muss, wird mit einem engmaschigen klinischen wie radiologischen Recall kontinuierlich kontrolliert. Am Unfalltag ist bei einer Lockerung keine endodontische Therapie durchzuführen. ►►



Abb. 7: Verlaufskontrolle 3 Jahre nach Trauma mit vollständiger Wurzelfüllung am Zahn 11 und regulärem Verlauf des Parodontalspaltes an den Zähnen 12 bis 21



Abb. 8: Klinische Situation 2 Wochen nach Fahrradsturz mit Kronenfrakturen an den Zähnen 12 bis 21, lateraler Dislokation mit Verkeilung des Zahnes 11, Lockerung der Zähne 12 und 21: Bei Erstversorgung erfolgten Reposition des Zahnes 11, flexible Schienung mit Titan-Trauma-Splint® und Abdeckung der Dentinwunden.



Abb. 9: Klinisches Bild 3 Jahre nach Trauma und Restauration der Kronenfrakturen an den Zähnen 12 bis 21 mittels Komposit

► 1.3 Laterale Dislokation

Befunde:

Durch die Stärke der Krafteinwirkung kommt es zusätzlich zur Fraktur von Teilen der Alveolenwand. Die bukkale Knochenlamelle ist anatomisch am dünnsten und somit am häufigsten betroffen. Klinisch zeigt sich eine deutliche Änderung der Zahnstellung und – je nach Richtung der Krafteinwirkung – eine Behinderung der Okklusion. Unter Umständen lässt sich die Fraktur durch Palpation des Knochens diagnostizieren, da sich der Knochen bei vorsichtiger Mobilitätsuntersuchung des Zahnes simultan mitbewegt. Der Zahn ist klinisch gelockert oder auch durch Verkantung in der geänderten Position blockiert. Der Sensibilitätstest fällt in aller Regel als Folge der Quetschung/Dehnung des Gefäß-Nerven-Stranges negativ aus. Radiologisch erscheint der Zahn in der Achsrichtung und/oder in der Länge verändert (Abb. 7 bis 10).

Therapie:

Der betroffene Zahn ist schnellstmöglich zu reponieren sowie zu schienen. Sollten der Zahn/die Zähne verkeilt sein, kann es erforderlich sein, diese Verkeilung in Lokalanästhesie zu lösen. Dies gelingt mit Fingerdruck, ggf. muss mit einer Extraktionszange der Zahn nach leichter Extrusion (zur Lösung der Blockade) wieder in die



Abb. 10: Nekrotisches Pulpagewebe aus Zahn 11 mit Dentikel 10 Tage nach Trauma

alte Position gebracht werden. Die meist bukkal frakturierte Knochenlamelle ist mit Fingerdruck wieder zu formen. Die flexible Schienung sollte für 2–4 Wochen belassen werden. Inwieweit eine endodontische Therapie erfolgen muss, zeigt sich in engmaschigem klinischen wie radiologischen Recall. Am Unfalltag ist bei einer lateralen Dislokation primär keine endodontische Behandlung durchzuführen. Wenn durch das erlittene Trauma die Pulpa am apikalen Foramen massiv gequetscht oder gedehnt wurde, kann eine Pulponekrose die Folge sein. In der Literatur wird eine Auslenkung von mehr als 1 mm als Grenzwert für das Überleben angegeben. Dieser Grenzwert ist im praktischen Alltag schwer einzuschätzen, sodass den Nachkontrollen eine große Bedeutung zukommt. Bei Zähnen mit abgeschlossenem Wurzelwachstum stellt die Pulponekrose die häufigste Komplikation dar. Bei Zähnen mit offenem apikalen Foramen kommt es im weiteren Verlauf häufig zu Obliterationen des Wurzelkanals^(2, 3). Diese führen in aller Regel zu einem negativen Sensibilitätstest, stellen aber bei fehlendem radiologischen Befund der apikalen Osteolyse und fehlenden Beschwerden keine Indikation zur endodontischen Behandlung dar (Abb. 11).

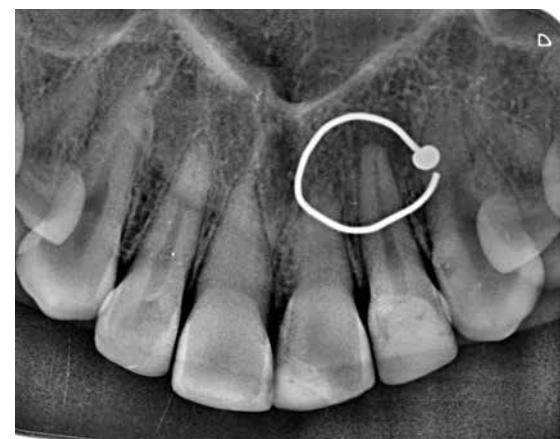


Abb. 11: Radiologischer Befund 2 Jahre nach Fahrradsturz: Obliterationen als Spätfolge an den Zähnen 11, 21 ohne Therapiebedarf, chronische apikale Parodontitis am Zahn 22



Abb. 12: Klinisches Bild 7 Monate nach Intrusionsverletzung von Zahn 11 mit Spontaneruption und Fistelung regio 12/11

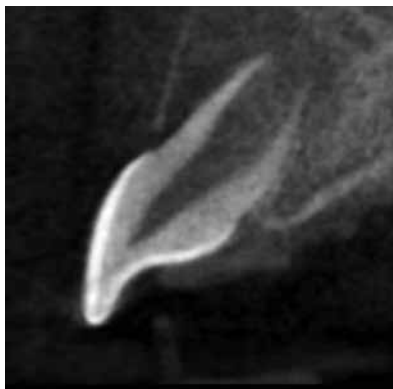


Abb. 14: DVT-Ausschnitt seitlich mit Darstellung der Ausdehnung der Osteolyse in sagittaler Richtung



Abb. 16: Verlaufskontrolle DVT-Ausschnitt seitlich nach 2 Jahren mit vollständiger Heilung der apikalen Osteolyse sowie Hartgewebsbildung apikal



Abb. 13: DVT-Ausschnitt frontal mit infektionsbedingten externen Resorptionen am Zahn 11 bei weit offenem apikalen Foramen



Abb. 15: Radiologische Abschlusskontrolle nach regenerativer endodontischer Therapie^(8, 9)



Abb. 17: Verlaufskontrolle DVT-Ausschnitt frontal nach 2 Jahren mit Anzeichen für das Stagnieren der Resorption

1.4 Extrusion

Befunde:

Der betroffene Zahn erscheint gelockert und verlängert. Röntgenologisch ist der Parodontalspalt apikal verbreitert. Die Perkussion ist schmerzhaft und der Klopfeschall dumpf.

Therapie:

Die Therapie erfolgt analog zur lateralen Dislokation. Die Reposition kann bei verspäteter Vorstellung erschwert sein, wenn die apikal eingetretene Blutung bereits zur Koagelbildung geführt hat.

1.5 Intrusion

Befunde:

Die intrusiv verletzten Zähne erscheinen klinisch verkürzt oder sind komplett in den Kieferknochen verlagert. Radiologisch ist kein Parodontalspalt zu erkennen. Typisch ist ein metallischer Klopfeschall, verursacht durch die Verkeilung des Zahnes im Knochen.

Therapie:

Bei der Intrusionsverletzung kommt es zu einer massiven Verletzung des Wurzelzementes. Dadurch können

Toxine aus nekrotischem Pulpagewebe ungehindert zum Parodont gelangen. Damit einhergehend steigt das Risiko einer infektionsbedingten Resorption⁽⁴⁾, daher kommt der initialen Therapie eine große Bedeutung zu. Ab dem Unfalltag erfolgt die antibiotische Abschirmung für 7 Tage. Zähne mit abgeschlossenem Wurzelwachstum sind zeitnah endodontisch zu behandeln. Als erste medikamentöse Einlage hat sich eine kortikoidhaltige Paste zur Resorptionsprophylaxe bewährt. Die Einlage sollte nach 7 Tagen entfernt und durch Kalziumhydroxid zur Desinfektion ersetzt ►►



► werden. Nach 1–2 Wochen kann dann die definitive Wurzelfüllung erfolgen. Für die Durchführung der Wurzelkanalbehandlung kann es erforderlich sein, den betroffenen Zahn chirurgisch zu reponieren. Die Spontaneruptio ist im engmaschigen klinischen und radiologischen Recall zu überwachen. Bei Milchzähnen und Zähnen mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum und offenem Foramen apicale gelingt dies in aller Regel^[2, 5]. Bei abgeschlossenem Wurzelwachstum muss bei fehlender

Spontaneruptio an die Komplikation der Ankylose gedacht werden^[6]. Da bei ankylosierten Zähnen das Kieferwachstum gehemmt wird, müssen die betroffenen Zähne häufig entfernt werden^[7]. Die Chance auf die Vitalerhaltung der Pulpa ist äußerst gering, eine Wurzelkanalbehandlung daher zeitnah einzuleiten. Bei weit offenem apikalen Foramen ist die Prognose etwas besser. Resorptionen treten in unterschiedlichem Ausmaß bei fast allen intrusionsverletzten Zähnen auf (Abb.12 bis 17).

1.6 Avulsion

Befunde:

Bei der Avulsion kommt es zum kompletten Herauslösen des Zahnes aus der Alveole. Sollte ein Patient mit dieser Art von Dislokationsverletzung angekündigt werden, muss auf die Suche und anschließende adäquate Lagerung des Zahnes hingewiesen werden. Optimal ist die Lagerung in der sog. Zahnrettungsbox Dento-Safe® (Medice, Iserlohn, Deutschland) oder der SOS Zahnbox® (Hager und



Abb. 18: Klinisches Bild vor endodontischer Behandlung der Zähne 11 und 12, Kronenfraktur am Zahn 11



Abb. 20: Klinisches Bild nach Abschluss der endodontischen Behandlung und Kompositrestauration



Abb. 22: Klinisches Bild 2 Jahre nach Abschluss der endodontischen Behandlung: Patient befindet sich in aktiver kieferorthopädischer Behandlungsphase, Zahn 11 steht nicht mehr in Infraposition, keine Anzeichen für eine Ankylose der Zähne 11 und 12.



Abb. 19: Röntgenkontrolle nach Avulsion der Zähne 11 und 12 und Reposition bei abgeschlossenem Wurzelwachstum



Abb. 21: Kontrollaufnahme nach Abschluss der dreizeitigen endodontischen Behandlung: 1. Sitzung Wurzelkanalaufbereitung, Desinfektion, antiresorptive medikamentöse Einlage; 2. Sitzung Desinfektion, medikamentöse Einlage Kalziumhydroxid; 3. Sitzung Desinfektion, Ausformung des apikalen Foramens und Verschluss mit MTA, Wurzelfüllung, Kompositverschluss



Abb. 23: Radiologische Verlaufskontrolle 2 Jahre nach Abschluss der endodontischen Behandlung: reguläre Knochenstrukturen im Bereich der Wurzelspitzen der Zähne 11 und 12; weitere Verlaufskontrollen sind wegen der transienten Resorption am Zahn 12 geplant.

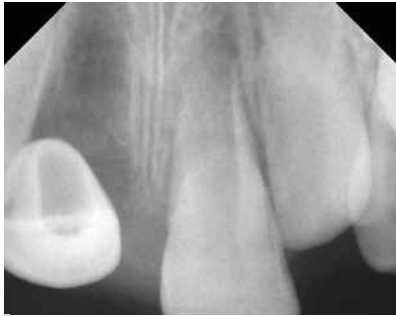


Abb. 24: Radiologischer Befund bei Avulsion: leere Alveole, Zahn 11 ist an wenigen Fasern noch befestigt.



Abb. 25: Klinisches Bild nach Replantation des Zahnes 11, flexibler Schienung und Wundversorgung



Abb. 27: Klinisches Bild 3 Jahre nach Avulsion: Zahn erscheint elongiert nach unvollständiger Reposition, klinisch keine Anzeichen für Ankylose

Werken, Duisburg Deutschland), da die Inhaltsstoffe der Nährlösung das Überleben der Zellen bis zu 24 Stunden sichern und die Regeneration der geschädigten Zellen anregen⁽¹⁰⁾. Steht eine solche Box nicht zur Verfügung, ist die Lagerung in Frischhaltefolie oder H-Milch möglich⁽¹¹⁾. In Sachsen sind Schulen, Kindergärten, Schwimmbäder sowie Sportvereine mit Zahnrettungsboxen ausgestattet. Die Prognose des betroffenen Zahnes ist direkt von der Lagerung nach der Avulsion, der extraalveolären Verweildauer sowie bei Zähnen mit abgeschlossenem Wurzelwachstum von der Qualität der endodontischen Therapie abhängig. Klinisch fehlt der Zahn. Radiologisch müssen die Alveole und die betroffene Region untersucht werden, um Zahn- und Knochenfragmente sowie Fremdkörper in der Alveole auszuschließen. Diese könnten die Replantation in die ursprüngliche Position sowie den Heilungsverlauf verhindern.

Therapie:

Der avulsierte Zahn wird idealerweise bereits am Unfallort, spätestens aber mit Eintreffen in der Praxis in einer Zahnrettungsbox gesichert. Vor der Replantation sollte der Zahn 30 Minuten in der Nährlösung verbringen. Die Zugabe von Tetracyclin und Dexamethason in diese Nährlösung mit dem avulsierten Zahn wirkt sich positiv auf

die Regeneration von Wurzelzement sowie die Vitalität der Pulpa bei Zähnen mit offenem apikalen Foramen aus⁽¹²⁾. Eine Kapsel No-Resorb[®] (Fa. Medcem, Weinfelden, Schweiz) enthält die exakte Dosierung für eine Zahnrettungsbox. Vor der Replantation ist der Zahn auf Frakturen, Risse und Beschädigungen durch den Unfall zu untersuchen. Bei suboptimaler Rettungskette kann es sinnvoll sein, die Wurzeloberfläche mit Emdogain[®] (Straumann, Basel, Schweiz) vorzubehandeln. So kann die Heilung kleinerer Wurzelzementdefekte unterstützt werden⁽¹³⁾. Dies sollte unter

maximaler Schonung der Wurzeloberfläche erfolgen. Nach Lokalanästhesie und Säuberung der Alveole (Spülung mit Kochsalzlösung) wird der Zahn in Position gebracht und replantiert. Anschließend erfolgen die flexible Schienung an den Nachbarzähnen mithilfe eines Titan-Trauma-Splints[®] für 1–3 Wochen und die röntgenologische Kontrolle der regelrechten Position des replantierten Zahnes. Bei Patienten über 8 Jahren ist die systemische Antibiose mit Doxycyclin für 7 Tage einzuleiten. Sollte kein Tetanuschutz bestehen, ist der Patient für die Aktivierung des Impfschutzes ►►



Abb. 26: Zahnfilmaufnahme 12 Tage nach Trauma, Zahn unvollständig reponiert, Schienung mit Titan-Trauma-Splint[®]



Abb. 28: Verlaufskontrolle 3 Jahre nach Trauma: abgesprengte Anteile des apikalen Gewebes bilden Wurzelspitze aus, im Wurzelkanal Hartgewebsbildung

► zum Hausarzt zu überweisen. Bei abgeschlossenem Wurzelwachstum (Durchmesser des Foramen apicale < 2 mm) erfolgt idealerweise bereits am Unfalltag, spätestens am Folgetag die endodontische Behandlung des Zahnes. Diese sollte erst nach der Replantation durchgeführt werden, um die Wurzeloberfläche nicht mit Spüllösungen zu kompromittieren. Wenn aufgrund der Rahmenbedingungen die Wurzelkanalbehandlung mehrzeitig erfolgen muss, wird in der ersten Behandlungssitzung eine kortikoidhaltige medikamentöse Einlage zur Resorptionsprophylaxe eingebracht⁽¹⁴⁾. Ein Medikamentenwechsel mit Kalziumhydroxid zur Desinfektion kann vor der Wurzelkanalfüllung erfolgen (Abb. 18 bis 23). Bei weit offenem apikalen Foramen (> 2 mm) besteht eine geringe Chance auf Revaskularisation, sodass initial keine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt wird (Abb. 24 bis 28). Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass eine Pulpanekrose rechtzeitig erkannt wird, um infektionsbedingte Resorptionen zu vermeiden. Klinische und radiologische Kontrollen erfolgen nach einer Avulsion und Replantation engmaschig nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Für weitere 4 Jahre erfolgen jährliche Verlaufskontrollen.

Schlussfolgerungen

- Die Primärtherapie nach einem Frontzahntrauma entscheidet maßgeblich über die Vitalerhaltung der Pulpa und den langfristigen Zahnerhalt.
- Die genaue extra- und intraorale, klinische und paraklinische Diagnostik sind für die Findung der Diagnose, die Ableitung der Therapie sowie die Einschätzung der Prognose unabdingbar.
- Zeitgemäße digitale Nachschlagewerke, wie zum Beispiel die TraumaApp „AcciDent“⁽¹⁵⁾ sowie der Dental Trauma Guide⁽¹⁶⁾, helfen nach Abgleich der erhobenen Befunde vor Behandlungsbeginn, die richtige Diagnose und die empfohlene Therapie sowie Nachsorgeintervalle zu finden. Außerdem kann eine Abschätzung der Prognose hinsichtlich Vitalerhaltung und Zahnerhalt getroffen werden.
- In der zahnärztlichen Praxis sollten alle für die Erstbehandlung nach Zahntrauma nötigen Instrumente, Medikamente und Hilfsmittel vorgehalten werden. Reicht die Ausstattung für einen komplexen Traumafall nicht aus, kann die Behandlung in einer auf zahnärztliche Traumatologie spezialisierten Praxis sinnvoll sein.
- In jeder Zahnarztpraxis sollte eine Zahnrettungsbox vorgehalten werden. Selbst wenn die Primärversorgung nicht in der Praxis erfolgt, können avulsierte Zähne darin optimal transportiert werden⁽¹⁷⁾.
- Unfälle im Kieferbereich sind häufig Kombinationsverletzungen. Es können Zahn- und/oder Knochenfrakturen und/oder Weichteilverletzungen auftreten. Bei der Diagnostik ist an Kollateralschäden und übergeordnete Verletzungen des Schädels zu denken.
- Klinische und radiologische Verlaufskontrollen nach einem Frontzahntrauma sind unabdingbar, um Komplikationen, wie Pulpanekrosen und Wurzelresorptionen, zeitnah zu erkennen und der adäquaten Therapie zuzuführen.
- Durch Verlaufskontrollen müssen mögliche Komplikationen nach Frontzahntrauma frühzeitig detektiert und der adäquaten Therapie zugeführt werden. Die Prüfung der Sensibilität der betroffenen Zähne ist wichtig, muss aber radiologisch überprüft werden, da die Reizantworten nach Trauma

ggf. eingeschränkt zu werten sind. Zusätzlich beinhaltet die klinische Verlaufskontrolle die Messung der Sondierungstiefen, die Suche nach Fistelöffnungen sowie Perkussions-tests der betroffenen Zähne⁽¹⁷⁾.

- Die Vermeidung von Zahn-Traumata sollte Teil des Prophylaxekonzeptes sein. So können beispielsweise in den entsprechenden Risikoaltersgruppen die Kinder und deren Eltern über Zahnschutz beim Sport, Tragen von Schutzhelmen gegebenenfalls auch mit Kinnschutz beim Fahrradfahren und Skaten im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung aufgeklärt werden. ■

Dr. med. dent. Mario Schulze
Praxis für Zahnerhaltung und Endodontie
Lockwitzer Straße 24, Dresden
Internet: www.endodontie-dresden.de

Quelle: Zahnärzteblatt Sachsen
7+8/2020

Das Literaturverzeichnis können Sie unter <https://www.kzvn.de/nzb/literaturlisten> herunterladen oder unter nzb-redaktion@kzvn.de anfordern.

Teil 1 finden Sie im NZB 10/2020

Die intraligamentäre Anästhesie

MINIMALINVASIVE METHODE DER ZAHNÄRZTLICHEN LOKALANÄSTHESIE

Die Schmerzausschaltung oder zumindest die deutliche Schmerzreduktion ist eine der Voraussetzungen für eine gute Kooperation der Patienten bei zahnärztlichen chirurgischen oder zahnerhaltenden Behandlungen.

Noch vor Mitte des 19. Jahrhunderts blieben die amerikanischen Zahnärzte Horace Wells und William Thomas Green Morton mit ihren Bemühungen um die Einführung der Lachgasnarkose (Wells 1844) und Äthernarkose (Morton 1846) in die Zahnheilkunde trotz guter Anfangsergebnisse erfolglos. Danach machte die erfolgreiche Erprobung der zahnärztlichen Lokalanästhesie durch Leitungsanästhesie des N. alveolaris inferior mittels Kokain durch den amerikanischen Chirurgen William Stewart Halsted im Jahr 1884 (Klammt 2005) viele Behandlungsmethoden erst möglich und patientenfreundlicher.

In Deutschland werden jährlich etwa allein bei Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung 50 Millionen zahnärztliche Lokalanästhesien durchgeführt. Es handelt sich hauptsächlich um Infiltrationsanästhesien und Leitungsanästhesien, aber zunehmend auch um die intraligamentäre Anästhesie (ILA). Sehr selten wird auch die intraossäre Applikation eines Anästhetikums vorgenommen. Bei besonderen Erfordernissen wird eine Intubationsnarkose notwendig.

Bereits 1925 hat der französische Zahnarzt Bourdain an der Pariser Sorbonne eine Promotion zur ILA erfolgreich abgeschlossen. Obwohl also seit etwa einhundert Jahren bekannt, konnte sich die Methode infolge instrumenteller Unzulänglichkeiten lange Zeit nicht durchsetzen. Die damaligen Thesen Bourdains haben aber auch noch heute Gültigkeit.

Geeignete Injektionsapparate und Kurzkanülen

Für eine ILA stehen zur Verfügung:

- ▶ spezielle Injektionsapparate,
- ▶ Kurzkanülen mit extra Anschliff und
- ▶ Carpulen mit wirksamen Anästhetika.

Als geeignete Injektionsapparate gelten unter anderem die pistolenförmige Ultraject® der Fa. Hoechst (jetzt Sanofi), die Citoject® der Fa. Bayer (jetzt Kulzer) und die Dosier-radspritze Softject® der Fa. HSW (siehe Abbildung 1). Daneben gibt es auch das computergesteuerte Single Tooth Anaesthesia System (SAT), das sich für die ILA wegen der Rückmeldung des Gewebswiderstandes und dessen Berücksichtigung für die intraligamentale Injektion sehr gut eignet (Glockmann und Taubenheim 2010).

Als Kanülen haben sich die dreifach angeschliffenen Kurzkanülen der Fa. Kulzer, aber auch die skalpellartig gestalteten Kanülen der Fa. Septodont bewährt (siehe Abbildung 2). Als Lokalanästhetikum ist das von der Fa. Hoechst entwickelte Articain® (Muschaweck und Rippel 1976) sehr gut für die ILA geeignet. Mit diesem Lokalanästhetikum lassen sich sehr gute Anästhesieergebnisse bei geringer Dosierung erzielen. ▶▶



Abb. 1: Varianten von Injektionsapparaten für die ILA:
Oben: Citoject® der Fa. Kulzer, Mitte: Ultraject® der Fa. Hoechst,
unten: Soft-Ject® der Fa. HSW

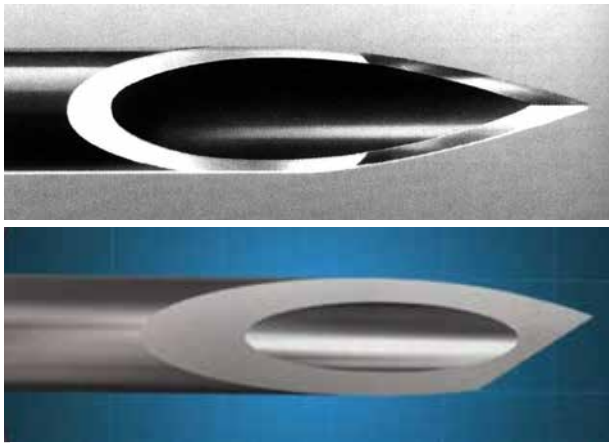


Abb. 2: Auswahl der Kanülen:
a) Kurzkanüle von Kulzer
b) Skalpellartige Kanüle von Spetodont

- Die gegenwärtig angebotenen Zylinderampullen sind mit Folien beschichtet, die ein Platzen des Zylinderglases und ein Ergießen des Anästhetikums oder eine Ansammlung von Glassplittern in der Mundhöhle vermeiden.

Bei einwurzeligen Zähnen zwei Injektionsorte sicherer

Für die Durchführung der ILA sind einige Besonderheiten zu beachten. Da die Kanüle durch das infizierte Terrain des Sulcus geführt wird, ist eine Plaqueentfernung und vor der Injektion eine Desinfektion mit einem in 0,2prozentiger Chlorhexidin-Lösung getränkten Wattebausch notwendig. Allein diese einfache Maßnahme reduziert die Bakteriämierate von 61 auf 31 Prozent (Rahn et al. 1987).

Bei einwurzeligen Zähnen wird gelegentlich die Injektion an nur einem der Punkte empfohlen. Sicherer ist bei diesen Zähnen jedoch die Auswahl von zwei Injektionsorten. Dabei kann zum Beispiel approximal vestibulär/mesial und zusätzlich diagonal oral/distal injiziert werden. Bei mehrwurzeligen Zähnen ist an jeder Wurzel eine Injektion erforderlich (siehe Abbildung 3).

Je Injektionsort etwas 0,2 Milliliter Anästhetikum

Zur Injektion wird die Kanüle im Winkel von 20 bis 30 Grad zur Zahnachse in den Sulcus bis zu dessen Fundus eingeführt. Dies ermöglicht unter Beachtung des Zahnäquators die Richtung der Kanülenspitze zum Desmodontalspalt (Abbildung 4). Beim Fühlen eines leichten Widerstandes am Sulcusfundus muss noch etwa 2 Millimeter in diesen Spalt eingegangen werden.

Je Injektionsort müssen etwa 0,2 Milliliter Anästhetikum injiziert werden. Diese Menge wird systembedingt mit der pistolenartigen Ultraject® zeitverzögert nach einmaligem Durchzug des Dosierhebels appliziert (Rahn et al., 1987). Dagegen werden bei nur einer Betätigung des Dosierflü-

gels der Citoject® oder Paroject® nur 0,06 Milliliter aktiviert. Es muss bei diesen Injektionsapparaten demzufolge dreimal am gleichen Ort dieser Flügel durchgedrückt werden, da sonst die Anästhetikamenge unzureichend ist. Der aktuelle Dosierrad-Apparat erreicht bei einmaliger Teilrotation des Dosierrades eine Injektionsmenge von 0,1 Milliliter. Daher ist die Teilrotation zweimal notwendig.

Injektion langsam über etwa 20 Sekunden

Wichtig ist die Berücksichtigung der Vorgabe, dass abgesehen von der Eigensteuerung der Geschwindigkeit der Injektion der Ultraject®, die Injektion langsam über etwa 20 Sekunden und mit geringem Kraftaufwand erfolgen muss, um ungewünschte Nebenwirkungen zu vermeiden. Für die Verteilung des Anästhetikums ist ein Belassen der Kanüle am Injektionsort nötig, da das Anästhetikum etwa 20 Sekunden benötigt, um gegen den Gewebsdruck in das Gewebe zu diffundieren.

Das Anästhetikum verteilt sich zum geringeren Teil entlang des Desmodontalspaltes. Der größere Anteil gelangt über

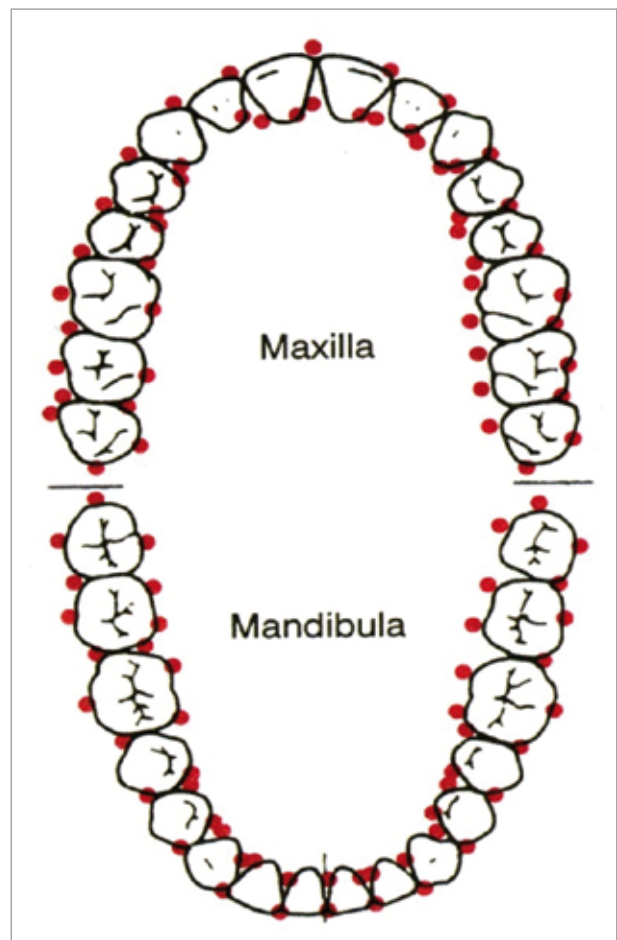


Abb. 3: Injektionspunkte für Lokalanästhesie mittels ILA:
- einwurzelige Zähne: ein bis zwei Einstiche
- mehrwurzelige Zähne: mindestens je Wurzel eine Injektion (Nachinjektionen auch in Furkation möglich)

die Lamina cribrosa in den Knochen und von dort über die Gefäße zum Zahnapex. Nach der Injektion entwickelt sich bereits nach wenigen Sekunden ein ischämischer Bezirk durch Wirkung des Adrenalinzusatzes zum Anästhetikum (Abbildung 5).

Diese Farbveränderung am Injektionsbereich kann schon als Hinweis auf zu erwartenden Anästhesieerfolg angesehen werden. Mit einer anästhesierenden Wirkung ist nach Abschluss der Injektion und anschließendem Belassen der Kanüle über insgesamt etwa 40 Sekunden ohne weitere Latenzzeit zu rechnen.

Vorteile und Nachteile der intraligamentären Anästhesie

Zu den Vorteilen der ILA zählen:

- ▶ geringer Einstichschmerz,
- ▶ sehr geringe Menge benötigten Lokalanästhetikums (gut bei Risikopatienten),
- ▶ schneller Wirkungseintritt der Anästhesie,
- ▶ relativ kurze Wirkungsdauer von 20 bis 30 Minuten, nur ausnahmsweise bis zu 60 Minuten,
- ▶ eng begrenzter Wirkungsbereich: Einzelzahn-Anästhesie, bei der lediglich das Parodont des Nachbarzahnes zum Anästhesieort mit anästhesiert wird
- ▶ keine postoperativen Einschränkungen bei Sprache, Trinken und Essen,
- ▶ keine Bissverletzungen (insbesondere bei Kindern und Menschen mit geistiger Behinderung),
- ▶ Eignung für Patienten mit Hämophilie oder Antikoagulantienbehandlung, Prävention von Blutungen und Ödemen,
- ▶ keine Verletzungen von Nerven oder Gefäßen,
- ▶ Weiterbehandlung bei liegendem Kofferdam ohne dessen Entfernung, wenn Nachinjektion erforderlich wird (Glockmann und Taubenheim 2010).

Als Nachteil ist die Möglichkeit des Entstehens einer Bakteriämie anzusehen, weshalb immer eine Desinfektion zu fordern ist.

Als ungewünschte Nebenwirkungen können besonders bei zu forcierter Injektion ein Elongationsgefühl des Patienten oder bei wiederholter Injektion in einen Stichkanal auch Nekrosen der Gingiva vorkommen. Von Nutzern der ILA wurden bei einer Befragung zur Häufigkeit von Nebenwirkungen angegeben:

- ▶ keine Nebenwirkungen: 51 Prozent
- ▶ seltene Nebenwirkungen: 45 Prozent
- ▶ häufige Nebenwirkungen: 4 Prozent.

Indikationen und Gegenindikationen

Als Indikationen für die Anwendungen einer ILA gelten alle Behandlungen des Einzelzahnes, wie

- ▶ Hartgewebspräparationen,
- ▶ endodontische Therapie einschließlich der Pulpadiagnostik bei irradierenden Schmerzen, Extraktionen und lokalisierte Eingriffe am Parodont.

Als Gegenindikationen sind zu beachten:

- ▶ Endokarditis,
- ▶ Herzklappenfehler und -prothesen sowie Immunsuppression.

Erfolgsquoten den anderen Anästhesieformen ebenbürtig

Ein Vergleich der Effektivität der ILA zeigt, dass diese hinsichtlich der Einzelzahn-Anästhesie der Leitungsanästhesie und der terminalen Anästhesie ebenbürtig ist (Heizmann und Gabka 1994, Csides 2009). Heizmann und Gabka stellten während Extraktionen sogar Erfolgsquoten der Lokalanästhesie mittels ILA von 86,4 Prozent fest, während ▶▶

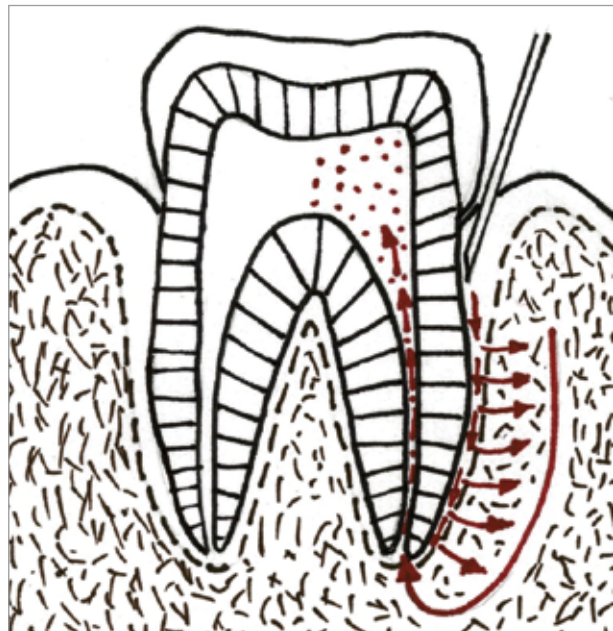


Abb. 4: Verteilung des Lokalanästhetikums nach intraligamentärer Injektion



Abb. 5: Eingehen der Kanüle in Richtung Desmodontalspalt



Bewertung/ Anästhesie	n = 418	tägliche Nutzung ILA n = 130	1-3 x Nutzung pro Woche	seltene Nutzung ILA n = 148
eher gut	n = 276	n = 125 (96,5%)	n = 107 (76,43%)	n = 44 (29,73%)
eher mäßig	n = 119	n = 5 (3,85%)	n = 33 (23,57%)	n = 81 (54,73%)
schlecht	n = 23	n = 0	n = 0	n = 23 (15,54%)

Tab. 1: Abhängigkeit des Erfolges der ILA von der Häufigkeit ihrer Anwendung: Bei täglicher Anwendung dieser Anästhesiemethode ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit mit einem Anästhesieerfolg zu rechnen.

- ▶▶ die Erfolge bei der Leitungsanästhesie bei 73,6 Prozent und der terminalen Anästhesie bei 84,5 Prozent lagen. Die Häufigkeiten des Auftretens von Wundheilungsstörungen, wie einer trockenen Alveole, unterschieden sich nicht. Ähnliche Beobachtungen zur Erfolgshäufigkeit der ILA machten für unterschiedliche Einzelzahnbehandlungen unter anderem auch Glockmann et al. 1998, Dirnbacher 2002, Weber 2005 oder Csides 2009. Stoll und Bührmann 1983 berichten über sehr gute Ergebnisse der Schmerzausschaltung mittels der ILA von 90,3 Prozent nach der Erstinjektion und 96,2 Prozent nach einer Nachinjektion bei Extraktionen bei Patienten mit hämorrhagischen Diathesen.

Erfolg setzt Kenntnisse und Erfahrungen voraus

Misserfolge der Lokalanästhesie können – unabhängig von der Methode der Primäranästhesie gut durch eine intraligamentale Nachinjektion – jedoch nicht in den gleichen Stichkanal wie bei der Erstinjektion aufgehoben werden. Sie treten infolge des angesäuerten apikalen Umgebungsgewebes eher bei endodontischen Behandlungen auf. Für Nachinjektionen bietet sich auch die Furkation mehrwurzeliger Zähne an.

Die Erfolgshäufigkeit der ILA setzt Kenntnisse und Erfahrung mit der Ausführung dieser Injektionsmethode voraus (Tabelle 1). Die Befragungsergebnisse zeigen, dass eine gewisse Einarbeitungsphase und spätere Routine für eine erfolgreiche Anwendung der ILA zur Schmerzausschaltung erforderlich sind.

Bei der Anwendung der verschiedenen Injektionsapparate sind ähnliche Anästhesieergebnisse zu erwarten (Csides 2009).



Professor Eike Glockmann ist ehemaliger Direktor der Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde am Universitätsklinikum Jena.



Dr. Ralf Kulick ist niedergelassener Zahnarzt in Jena mit Tätigkeitsschwerpunkt Parodontologie.

Dr. Ingrid Glockmann ist ehemalige Oberärztin der Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde am Universitätsklinikum Jena.

Dokumentierte Aufklärung der Patienten unabdingbar

Um rechtlichen Konsequenzen aus dem Wege zu gehen, ist eine dokumentierte unaufgeforderte Aufklärung der Patienten über die Möglichkeiten und eventuellen Gefährdungen durch die verschiedenen Anästhesievarianten unabdingbar. Dabei ist auch auf die Gefahr einer Nerv- oder Gefäßverletzung insbesondere bei der Leitungsanästhesie (Schwenzer und Ehrenfeld 2000) oder einer Gefäßverletzung bei der terminalen Anästhesie (Cawson et al. 1983) geboten.

In letzter Zeit sind bei Verzicht auf diese wichtige Aufgabe zur Aufklärung Gerichtsurteile mit der Auflage von Schmerzensgeldern bei entsprechenden Ereignissen (OLG Koblenz 2004, OLG Frankfurt 2005) zu verzeichnen. Da an einigen Hochschulen die ILA in der Ausbildung eine untergeordnete Rolle spielt, ist ein Nachholen dieses Mangels durch entsprechende Weiterbildungen unerlässlich. Mit der Beherrschung der ILA ist eine entsprechende Handlungsweise beim Wunsch der Patienten nach dieser Anästhesievariante oder bei fehlender Indikation aufgrund eines Versagens anderer Methoden gesichert.

Es kann heute davon ausgegangen werden, dass die ILA sowohl als eine primäre als auch sekundäre Möglichkeit der zahnärztlichen Lokalanästhesie anerkannt ist (Glockmann und Taubenheim 2002 und 2010, Daubländer und Kämmerer 2011, Benz et al. 2015). Es kommt darauf an, ihre Vorteile in der Praxis bei gegebener Indikation zu nutzen. ■

Quelle: Thüringer Zahnärzteblatt, 09/2020

Das Literaturverzeichnis können Sie unter <https://www.kzvn.de/nzb/literaturlisten> herunterladen oder unter nzb-redaktion@kzvn.de anfordern.



Neue BEMA-Leistungen zum 01. Oktober 2020

In den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen wurden zum 1. Oktober 2020 neue Leistungen aufgenommen, um das Potential telemedizinischer Leistungen zu nutzen: Videosprechstunde, Videofallkonferenz, Telekonsil sowie ein Technikzuschlag.

Die Videosprechstunde mit dem Patienten und die Videofallkonferenz mit dem Pflegepersonal können bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten, sowie bei Versicherten, an denen vertragszahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden, abgerechnet werden.

- ▶ Die Telekonsile nach Nr. 181b BEMA zwischen Ärzten/ Zahnärzten sind für alle Versicherten abrechenbar.
- ▶ Die Telekonsile nach Nr. 182b BEMA zwischen Ärzten/ Zahnärzten sind für Versicherte abrechenbar, die in

einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden, mit der der Vertragszahnarzt einen Kooperationsvertrag abgeschlossen hat.

Um die neuen telemedizinischen Leistungen im BEMA erbringen und abrechnen zu können, bedarf es eines Videodiensteanbieters, der die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 5 SGB V – Anlage 16 BMV-Z erfüllt. Zur Abgeltung der durchschnittlichen Kosten, die sich aus der Inanspruchnahme von zertifizierten Videodiensteanbietern ergeben, wurde ein Technikzuschlag in den BEMA aufgenommen. Dieser kann maximal zehnmal im Quartal abgerechnet werden. Auf der Website der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) sind die derzeitigen Anbieter, die diese Voraussetzung erfüllen, gelistet: <https://www.kzbv.de/videosprechstunden-und-videofallkonferenzen.1396.de.html> ▶▶

» NEUE LEISTUNGEN

Nr. VS BEMA: Videosprechstunde (16 Punkte)

Abrechnungsbestimmungen:

1. Bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB V zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten und Versicherten, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V betreut werden. Die Anspruchsberechtigung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.
2. Nur für Videosprechstunden mittels Videodienst nach Anlage 16 BMV-Z.
3. Nur als alleinige Leistung abrechenbar; Ausnahme: Nr. 174b BEMA neben Nr. VS BEMA in derselben Sitzung abrechenbar, wenn ein persönlicher Kontakt des Zahnarztes mit dem Versicherten nicht möglich ist (z.B. aufgrund Quarantäne/behördlicher Anordnung im Zusammenhang mit einer meldepflichtigen Krankheit des Versicherten oder eines meldepflichtigen Nachweises von Krankheitserregern).
4. Bei eingeschränktem Verständnis des Versicherten ist die Videosprechstunde auf die Pflege- oder Unterstützungsperson zu beschränken, die räumlich und zeitgleich anwesend sein muss.
5. Nicht neben Nrn. VFK, 181 oder 182 BEMA in derselben Sitzung.

Nr. VFK BEMA: Videofallkonferenz mit an der Versorgung des Versicherten beteiligten Pflege- und Unterstützungspersonen

Nr. VFKa BEMA: bezüglich eines Versicherten (12 Punkte)

Nr. VFKb BEMA: bezüglich jedes weiteren Versicherten in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (6 Punkte)

Abrechnungsbestimmungen:

1. Bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB V zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten und Versicherten, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V betreut werden. Die Anspruchsberechtigung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.
2. Nur für Videofallkonferenzen mittels Videodienst nach Anlage 16 BMV-Z.
3. Abrechenbar 3x je Quartal und Versichertem.
4. Nur als alleinige Leistung abrechenbar.
5. Nur abrechenbar, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Kontakt des Zahnarztes mit dem Versicherten stattgefunden hat.

Nr. TZ BEMA: Technikzuschlag für Videosprechstunde, Videofallkonferenz oder Videokonsil (16 Punkte)

Abrechnungsbestimmungen:

1. Abrechenbar im Zusammenhang mit Nrn. VS, VFK BEMA oder einem Telekonsil nach Nrn. 181b oder 182b BEMA mittels Videokonsil.
2. Abrechenbar bis zu 10x im Quartal, neben den ersten zehn im Quartal erbrachten Leistungen nach Nrn. VS, VFK, 181b oder 182b BEMA.

ANGEPASSTE LEISTUNGEN

Nr. 181 Ksl BEMA: Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten

Nr. 181a BEMA: persönlich oder fernmündlich (14 Punkte)

Nr. 181b BEMA: im Rahmen eines Telekonsils (16 Punkte)

Abrechnungsbestimmungen:

1. Abrechenbar für die konsiliarische Erörterung einer versichertenbezogenen Fragestellung, wenn sich der Zahnarzt zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Konsil persönlich mit dem Versicherten und dessen Erkrankung befasst hat. Nr. 181a BEMA ist abrechenbar, wenn der Austausch in physischer Anwesenheit aller am Konsil beteiligten Ärzte/Zahnärzte stattfindet oder die Erörterung mittels Fernsprecher durchgeführt wird. Nr. 181b BEMA ist abrechenbar, wenn das Konsilzeitgleich oder zeitversetzt mittels elektronischer Dienste oder zeitgleich mittels eines Videoanbieters als Videokonsil stattfindet.
2. Nicht abrechenbar, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben BAG, einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung oder desselben MVZ sind.
3. Abrechenbar, wenn das Konsil zwischen einem Zahnarzt und dem ständigen persönlichen zahnärztlichen/ärztlichen Vertreter eines anderen Zahnarztes/Arztes erfolgt.
4. Nicht abrechenbar für routinemäßige Besprechungen.

Nr. 182 KsIK BEMA: Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V

Nr. 182a BEMA: persönlich oder fernmündlich (14 Punkte)

Nr. 182b BEMA: im Rahmen eines Telekonsils (16 Punkte)

Abrechnungsbestimmungen:

1. Abrechenbar für die konsiliarische Erörterung einer versichertenbezogenen Fragestellung, die pflegebedürftige Versicherte betrifft, die in einer stationären Pflegeeinrichtung, mit der der Zahnarzt einen Kooperationsvertrag geschlossen hat, betreut werden und wenn sich der Zahnarzt zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Versicherten und dessen Erkrankung befasst hat.
Nr. 182a BEMA ist abrechenbar, wenn der Austausch in physischer Anwesenheit aller am Konsil beteiligten Ärzte/Zahnärzte stattfindet oder die Erörterung mittels Fernsprecher durchgeführt wird.
Nr. 182b BEMA ist abrechenbar, wenn das Konsil zeitgleich oder zeitversetzt mittels elektronischer Dienste oder zeitgleich mittels eines Videoanbieters als Videokonsil stattfindet.
2. Abrechenbar, wenn das Konsil zwischen einem Zahnarzt und dem ständigen persönlichen zahnärztlichen/ärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt.
3. Nicht abrechenbar, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben BAG, einer Praxismgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung oder desselben MVZ sind.
4. Nicht abrechenbar für routinemäßige Besprechungen.

Wesentliche Punkte der Vereinbarung Anlage 16 zum BMV-Z:

- ▶ Es dürfen nur Videodienstanbieter genutzt werden, die die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 5 SGB V – Anlage 16 BMV-Z erfüllen. Der Videodienstanbieter muss dem Vertragszahnarzt zum Vertragsabschluss das Vorliegen des Nachweises einer entsprechenden Bescheinigung bestätigen (siehe Anlage zu diesem Rundschreiben).
- ▶ Eine Aufzeichnung der Videosprechstunde ist nicht gestattet.
- ▶ Die Videosprechstunde darf nur von einem Zahnarzt durchgeführt werden.
- ▶ Zu Beginn der Videosprechstunde hat eine beidseitige Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- ▶ Der Vertragszahnarzt holt vorher eine Einwilligung des Versicherten in die Datenverarbeitung des genutzten Videodienstanbieters ein, die die Anforderungen nach Artikel 9 Absatz 2 lit. a) i. V. m. Artikel 7 DSGVO erfüllt.
- ▶ Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- ▶ Im Hinblick auf die Sicherheit der Verarbeitung der Da-

ten hat der Vertragszahnarzt in seinen Räumlichkeiten zu gewährleisten, dass die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen entsprechend Art. 32 DSGVO eingehalten werden.

- ▶ Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung:
 - Kamera
 - Bildschirm (Monitor, Display etc.) mit einer Bildschirmdiagonale von mindestens 3 Zoll und einer Auflösung von mindestens 640 x 480 Pixel
 - Mikrofon
 - Tonwiedergabegerät
- ▶ Anforderungen an den Videodienstanbieter – siehe Anlage 16 des BMV-Z, dort § 5.

Was ist bei der Einrichtung/Durchführung einer Videosprechstunde/-fallkonferenz bzw. eines Videokonsils zu beachten?

1. Suche eines zertifizierten Anbieters (siehe Liste der KZBV unter dem Link <https://www.kzbv.de/videosprechstunden-und-videofallkonferenzen.1396.de.html>)
2. Abschluss eines Vertrages mit dem Anbieter und Bescheinigung lt. Anlage 16 BMV-Z bestätigen lassen
3. Beschaffung des Equipments zur Durchführung Videosprechstunde/ -fallkonferenz/ -konsil auf der Grundlage der oben aufgeführten Anforderungen nach § 3 Anlage 16 BMV-Z bzw. in Absprache mit dem Videodienstanbieter
4. Die Einwilligungserklärung des Patienten muss vor der Durchführung der Videosprechstunde oder Videofallkonferenz vorliegen. In der Regel bietet der Dienstleister eine entsprechende Erklärung an
5. Start der Videosprechstunde oder Videofallkonferenz entsprechend den individuellen Vorgaben des jeweiligen Anbieters

Anforderungen an Telekonsilien laut Vereinbarung gemäß § 291g Absatz 6 SGB V:

Definition laut Telekonsilien-Vereinbarung:

Ein Telekonsilium wird in dieser Vereinbarung definiert als zeitgleiche bzw. zeitversetzte Kommunikation zwischen einem einholenden Arzt/Zahnarzt und einem Konsiliararzt/Konsiliarzahnarzt mittels elektronischen Austausches der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellung sowie der sonstigen, für die telekonsiliarische Beurteilung dieser medizinischen Fragestellung relevanten Patientenfahrungen.

Voraussetzung für ein Telekonsil:

- ▶ Vorliegen einer patientenbezogenen, interdisziplinären Fragestellung, die außerhalb des Fachgebietes des behandelnden Arztes/Zahnarztes liegt. ▶▶

- ▶ Einholung des Telekonsiliums bei einem Konsiliararzt/ Zahnarzt, in dessen Fachgebiet die Fragestellung fällt oder
- ▶ Vorliegen einer besonders komplexen Fragestellung, die innerhalb des Fachgebietes des behandelnden Arztes/Zahnarztes liegt und für die das Telekonsilium bei einem Konsiliararzt/Konsiliarzahnarzt desselben Fachgebietes eingeholt wird.

Anforderungen an die Einholung eines Telekonsils:

- ▶ Übermittlung der für die medizinische Fragestellung relevanten Patienteninformationen:
 - Datum
 - Daten des einholenden Arztes/Zahnarztes (Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon, E-Mail-Adresse, Arztnummer)
 - Daten des Konsiliararztes (Name, Vorname) bzw. Bezeichnung der konsiliarischen Fachrichtung eines Krankenhauses
 - Patientendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Geschlecht)
 - Diagnose/Verdachtsdiagnose
 - Medikation (falls vorhanden)
 - Auftrag
 - Frist zur Beantwortung
- ▶ Elektronische Dokumentation und Archivierung der elektronisch ausgetauschten patientenbezogenen Unterlagen, der Erstbeurteilung und der telekonsiliarischen Zweitbeurteilung durch den das Telekonsil einholenden Arzt/ Zahnarzt.

Anforderungen an die Beantwortung eines Telekonsils:

- ▶ Übermittlung mindestens der nachfolgenden Daten:
 - Datum
 - Daten des einholenden Arztes/Zahnarztes (Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon, E-Mail-Adresse, Arztnummer)
 - Daten des Konsiliararztes (Name, Vorname) bzw. Bezeichnung der konsiliarischen Fachrichtung eines Krankenhauses
 - Patientendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Geschlecht)
 - Diagnose/Verdachtsdiagnose

Hinweise der KZV

- ▶ Der Gesprächsinhalt der Videosprechstunde/-fallkonferenz ist in der Patientenakte zu dokumentieren: Gesprächspartner, Uhrzeit, Inhalt (Anamnese/Befund/Diagnose), Ergebnis und weitere Vorgehensweise.
- ▶ Ohne vorherige Einwilligung des Versicherten/Betreuers in die Datenverarbeitung des genutzten Videodienst-anbieters ist eine Videosprechstunde oder eine Videofallkonferenz nicht möglich.
- ▶ Nrn. 181b und 182b BEMA können auch abgerechnet werden, wenn die in der Telekonsilien-Vereinbarung genannten elektronischen Dienste zum Austausch von Dokumenten und Bildern (wie z.B. KIM) genutzt werden. ■

_____ KZV Hessen

Übersicht der abrechenbaren neuen Leistungen:

Leistung/BEMA	Beschreibung
VS	Videosprechstunde
VFKa	Videofallkonferenz mit an der Versorgung des Versicherten beteiligten Pflege- und Unterstützungspersonen – bezüglich eines Versicherten
VFKb	Videofallkonferenz mit an der Versorgung des Versicherten beteiligten Pflege- und Unterstützungspersonen – bezüglich jedes weiteren Versicherten in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang
TZ	Technikzuschlag für Videosprechstunde, Videofallkonferenz oder Videokonsil
181a (numerisch1811)	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten – persönlich oder fernmündlich
181b (numerisch1812)	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten – im Rahmen eines Telekonsils
182a (numerisch1821)	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V – persönlich oder fernmündlich
182b (numerisch1822)	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V – im Rahmen eines Telekonsils

DGAZ und BAGSO: Kooperation zwischen geborenen Partnern

DR. ILSE WEINFURTNER VERTRITT SENIORENZAHNMEDIZIN AUF VERSCHIEDENEN EBENEN UND BRINGT FACHWISSEN EIN

Leipzig. Kooperation mit einem geborenen Partner – so lässt sich die Zusammenarbeit zwischen der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) gut beschreiben. „Wir können hier unser zahnmedizinisches Fachwissen einbringen und gleichzeitig von den Erkenntnissen anderer aus Medizin und Pflege profitieren“, beschreibt DGAZ-Präsidentin, Prof. Dr. Ina Nitschke (Uni Leipzig), die gegenseitigen Benefits. Der BAGSO gehören 120 Mitgliedsorganisationen an, sie vertritt damit viele Millionen ältere Menschen in Deutschland. Mit ihren Publikationen und Veranstaltungen – dazu gehören auch die alle drei Jahre stattfindenden Deutschen Seniorentage (nächster vom 24.11.2021 – 26.11.2021 in Hannover) – wirbt die BAGSO für ein möglichst gesundes, aktives und engagiertes selbstbestimmtes Älterwerden.

Als ständige Vertreterin hält Dr. Ilse Weinfurtner (Detmold) für die DGAZ den langjährigen Draht zur BAGSO. „Ich bin so eine Art Verbindungsfrau“, beschreibt die 61jährige Zahnmedizinerin selbst ihre Aufgabe. So vertritt sie die DGAZ bei den dreimal jährlich in Bonn und Berlin stattfindenden Sitzungen der BAGSO-Fachkommission für Gesundheit und Pflege. Dabei werden dann bestimmte Fachthemen diskutiert und mit Vorträgen aus ganz unterschiedlichen Ansätzen angereichert. Weinfurtner: „Als Vertreterin der DGAZ bin ich hier ein echter Exot, denn die Zahnmedizin ist in diesem Gremium nur einmal vertreten.“

Im Rahmen einer bundesweiten Initiative führt die BAGSO das Projekt „Im Alter IN FORM – Potenziale in Kommunen aktivieren“ durch, welche anfänglich das DGAZ-Ehrenmitglied Dr. Huber mitorganisierte. Es zielt auf die Verbesserung von Angeboten zur Gesundheitsförderung für ältere



Dr. Ilse Weinfurtner

Foto: DGAZ

Menschen. Schwerpunkte des BAGSO-Projektes sind die Förderung einer gesunden Ernährung, ausreichender Bewegung und der sozialen Teilhabe älterer Menschen. Zu diesen Schwerpunktthemen werden für Akteure auf kommunaler Ebene Informationsmaterialien, Schulungen und Weiterbildungsseminare angeboten und Fachtagungen durchgeführt. Auch hier ist Weinfurtner engagiert: „Ich halte auf Qualifizierungslehrgängen z.B. Vorträge mit anschließender Diskussion zu den Themen Mundgesundheit und Pflege.“ Auf einer Fachtagung zum Thema Gemeinschaftsverpflegung wird sie Ende Oktober in Hannover ebenfalls mit einem Vortrag

und am gemeinsamen Stand mit der BAGSO aktiv sein. Ihre Informationen stellt sie darüber hinaus auch anderen Kolleg*innen zur Verfügung, die auf solchen bundesweit veranstalteten Tagungen ebenfalls für die DGAZ Vorträge halten.

Aus ihrer Sicht war der Lockdown nach Ausbruch der Corona-Pandemie in Deutschland und der damit verbundene Stopp der regelmäßigen aufsuchenden zahnmedizinischen Betreuung eine echte Katastrophe: „Wir durften im Lippischen ab Mitte Juni wieder in die Häuser und die Sorge, dass Münder über diesen Betreuungsausfall extrem leiden würden, hat sich durchaus bestätigt“, erläutert die BAGSO-Beauftragte der DGAZ. Die Sorgen rund um Corona hätten sogar dazu geführt, dass Patient*innen beispielsweise den Schmerz von Druckstellen ausgehalten hätten, weil sie ihre Zahnmedizinerin nicht gefährden wollten. Außerdem seien diese Patienten offensichtlich häufig nicht darüber informiert worden, dass eine zahnmedizinische Betreuung bei Schmerzen sehr wohl möglich gewesen wäre. „Diese Rücksichtnahme der Heimbewohner war erstaunlich“, resümiert Weinfurtner, legt aber den Finger auch in eine andere Wunde: in den Einrichtungen habe teils die Meinung vorgeherrscht, „Prävention!“ sei in Corona- ►►

► Zeiten ein Luxus, auf den man gut verzichten könne. Angerufen wurde sie dann nur, wenn Zähne abgebrochen waren oder dringender akuter Rat benötigt wurde.

„Es gibt immer noch große Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen, was dort jeweils zugelassen wird“, erläutert sie. Eher komisch muten sie die ständigen Fiebermessungen an: „Wenn ich drei Einrichtungen aufsuche, dann habe ich dreimal eine unterschiedliche Temperatur.“ Dabei sei doch klar, dass sie nicht mit schniefender Nase in die Heime gehe.

Was die Zwangsisolation während des Lockdowns angeht, hätten rund die Hälfte der Heimbewohner diese Isolation als Schutzmaßnahme begrüßt, die andere Hälfte hätte sich lieber der Unterstützung durch die Familie erfreut. „Besonders schlimm war das, wenn es dem Lebensende entgegen geht. Hier müssen für die Zukunft Lösungen gefunden werden. So könnte man vielleicht Sterbezimmer in der Nähe zum Eingangsbereich einrichten und so den

Angehörigen das Kommen ermöglichen, ohne das Haus weiter zu betreten.“ Das sei zuletzt noch nicht realisierbar gewesen.

Ein weiterer Aspekt, der über die BAGSO kommuniziert wird und den Ilse Weinfurter voll und ganz unterstützt, ist die Digitalisierung. Diese könne über virtuelle Online-Schulungen und Informationsmaterialien in digitalen Medien für Pflegende und Familienmitglieder wertvolle Tipps zu jeder Tageszeit liefern. Außerdem sei das Internet für die Senior*innen, die damit umgehen könnten, eine wertvolle Verbindung in die Welt. Für Bewegungseingeschränkte könne es außerdem ein wichtiges Kommunikationsforum sein. Nur fehlt in der Regel in den Einrichtungen bisher ein Internetzugang in den Zimmern. Auch die medizinische Betreuung könne zum Teil digital erfolgen, für die Arzt-Patienten-Kommunikation böten sich hier ebenfalls neue Möglichkeiten. ■

_____ Pressemitteilung der DGAZ, 13.10.2020

MZEB in Niedersachsen und ZAMB

ZAHNÄRZTE ZUR ZUSAMMENARBEIT GESUCHT

Die Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen e.V. (ZAMB) hat in diesem Jahr eine Kooperation zwischen den sechs in Niedersachsen bestehenden „Medizinischen Zentren für die Behandlung von Erwachsenen mit Behinderung“ (MZEB) und den an einer Zusammenarbeit mit ihnen interessierten niedergelassenen Zahnärzten initiiert. Die Mundgesundheit von Menschen mit Behinderung ist immer noch deutlich geringer als die der Gesamtbevölkerung und soll in den neuen Zentren adäquat, nachhaltig, ganzheitlich und interdisziplinär therapeutisch verbessert werden.

36 Praxen, verteilt in ganz Niedersachsen, haben sich bisher zu einer Zusammenarbeit bereit erklärt, wenn bei der geplanten Behandlung der Patienten in den Zentren auch zahnärztliche Probleme in der Versorgung der erwachsenen Menschen mit Behinderungen zur Versor-

gung anstehen. Feststellungen von Zahnärzten in MZEB sind wirtschaftlich nicht darstellbar, Kooperationsverträge, vergleichbar denen mit Pflegeeinrichtungen nach Paragraph 119b SGB V, sind derzeit nicht möglich und eine neue gesetzliche Regelung dazu bisher nicht in Sicht.

Sollten auch Sie sich für eine Zusammenarbeit mit einem der sechs MZEB interessieren oder Fragen zu diesem Bereich haben, wenden Sie sich bitte an die dafür zuständige Sachbearbeiterin in der ZKN, Rihan Toru, unter rtoru@zkn.de. ■

_____ *Silke Lange*
Referentin im ZKN-Vorstand für Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen



Foto: Philipp KZKN

Silke Lange



Foto: © AA+W - stock.adobe.com

Die Dosis machts!

AB 1. NOVEMBER MUSS DIE DOSIERUNG BEI EINER VERORDNUNG MIT ANGEGBEN WERDEN

Auf die Dosis kommt es an. Das dachte sich offenbar auch der Verordnungsgeber. Mit der „Achtzehnte(n) Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung“ (AMVV) hat er, wie es schon der Name der Verordnung verrät, die Dynamik der Änderungen der AMVV beibehalten und u.a. mit Wirkung ab dem 1. November 2020 § 2 Absatz 1 b) Nr. 7 der AMVV geändert. Kurz gesagt: Nunmehr sind vom verschreibenden (Zahn)arzt Dosierungsangaben auf dem Verordnungsblatt anzugeben. Diese Vorgabe gilt jedoch nicht, wenn (1) dem Patienten (a) ein Medikationsplan, der das verschriebene Arzneimittel umfasst, oder eine entsprechende schriftliche Dosierungsanweisung einer verschreibenden Person vorliegt und (b) wenn die verschreibende Person dies in der Verschreibung kenntlich gemacht hat oder wenn (2) das verschriebene Arzneimittel unmittelbar an die verschreibende Person abgegeben wird. Doch selbst wenn der (Zahn)arzt die Dosierungsangabe vergisst, kann der Apotheker die fehlenden Angaben ergänzen, § 2 Abs. 6 AMVV.

Ziel dieser grundsätzlichen Verpflichtung zur Angabe der Dosierung auf dem Rezept ist die Sicherstellung eines einheitlichen Verbraucherschutzniveaus zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (BR-Drucks. 336/19, S. 2). Aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit sei es nicht vertretbar, Regelungen zur Verschreibungspflicht von Arzneimitteln den pharmazeutischen Unternehmen zu überlassen. Deshalb seien einheitliche staatliche Festlegungen erforderlich (BR-Drucks. 336/19, S. 2). Im Ergebnis entsteht



Foto: NZB

*Dr. jur. Ronny Rudi Richter
Justitiar und Leiter der
Rechtsabteilung der ZKN*

aber auch, um bei den Worten des Verordnungsgebers zu bleiben, für (Zahn)ärzte ein „Erfüllungsaufwand“ (BR-Drucks. 336/19, S. 8), der hier zwar nicht weitergehend bewertet werden soll aber mit Blick auf eine allseits gewünschte Entbürokratisierung Kritik vertragen muss.

Fragen richten Sie bitte an die Rechtsabteilung unter rechtsabteilung@zkn.de ■

*Dr. jur. Ronny Rudi Richter
Justitiar und Leiter der Rechtsabteilung der ZKN*



Foto: © cineberg - stock.adobe.com



Erstattungspflicht der Privaten Krankenversicherung bei Überschreiten der gesetzlichen Höchstsätze

Nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind keine höheren Steigerungssätze als 3,5 vorgesehen. Patient und Zahnarzt können aber höhere Steigerungssätze vereinbaren. Regelmäßig weigern sich die privaten Krankenversicherungen jedoch, solche erhöhten Behandlungskosten zu erstatten. Das Oberlandesgericht Köln hat jetzt einen privaten Krankenversicherer verurteilt, auch solche Kosten zu

bezahlen (Az. 9 U 39/19). Allerdings ist dabei zu beachten, dass dieser Fall nicht ohne weiteres auf andere Fälle übertragbar ist. In den einschlägigen Versicherungsbedingungen war – anders als bei vielen neueren Verträgen – keine Beschränkung der Erstattungspflicht auf diese Höchstsätze vorgesehen.

Das Gericht hat sich in dem Urteil sehr ausführlich mit den Anforderungen an solche Vereinbarungen auseinandergesetzt. Diese Überlegungen gelten betr. alle Privatpatienten. Wichtig ist zunächst, dass keine Pauschalvergütung vereinbart wird, wie es z.B. bei professionellen Zahnreinigungen nicht selten passiert (z.B. 100 €). Eine Gebührenvereinbarung muss immer die entsprechenden GOZ-Ziffern enthalten, es darf nur der Steigerungssatz verändert werden. Weiter muss die Gebührenvereinbarung ausgehandelt werden, d.h. sie darf dem Patienten nicht aufgezwungen werden. Dieses Aushandeln muss der Zahnarzt ggf. beweisen. Dies darf indessen nicht auf der Rechnung erfolgen, da deren Gestaltung genau vorgegeben ist. Der Zahnarzt sollte hierzu entsprechende Notizen (Datum, Uhrzeit, Ort, Gesprächsteilnehmer, wesentlicher Gesprächsinhalt) in den Behandlungsunterlagen machen und möglichst dem Patienten auf einem separaten Blatt diese Notizen übermitteln. Schließlich muss die Gebührenvereinbarung vor der Behandlung geschlossen werden – es ist unzulässig, die Behandlung zu beginnen und dann deren Fortsetzung vom Abschluss einer Gebührenvereinbarung abhängig zu machen. ■

_____ Dr. Wieland Schinnenburg, Hamburg



Corona-Prämie statt Weihnachtsgeld?

ARBEITGEBER SOLLTEN AUFMERKSAM SEIN

Das klingt verlockend: Arbeitgeber zahlen ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieses Jahr statt des abgabenbelasteten Weihnachtsgeldes die steuer- und in der Sozialversicherung abgabenfreie „Corona-Prämie“. Doch das kann am Ende auch nach hinten losgehen.

Grundsätzlich können Arbeitgeber ihren Mitarbeitern noch bis zum 31. Dezember 2020 die so genannte Corona-Prämie steuer- und sozialversicherungsabgabenfrei zahlen. Das kann in Form von Geldzuschüssen oder Sachzuwendungen geschehen. Die Abgabenfreiheit gilt bis zu einem Betrag von 1.500 Euro; es darf auch mehr gezahlt werden. Bis zu dem Betrag befreit sind die Zuwendungen, wenn sie aufgrund der Corona-Krise gewährt und zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn geleistet werden. Dabei ist der Ausdruck „zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn“ wichtig. Nach Ansicht der Finanzverwaltung werden Arbeitgeber-Leistungen nur dann „zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn“ erbracht, wenn

- ▶ die Leistung nicht auf den Anspruch auf Arbeitslohn angerechnet,
- ▶ der Anspruch auf Arbeitslohn nicht zugunsten der Leistung herabgesetzt,
- ▶ die verwendungs- oder zweckgebundene Leistung nicht anstelle einer bereits vereinbarten künftigen Erhöhung des Arbeitslohns gewährt und
- ▶ der Arbeitslohn bei Wegfall der Leistung nicht erhöht wird.

Diese Kriterien sind in allen Fällen anzuwenden – also mit Blick auf den „Grundsatz der Gleichmäßigkeit der Besteuerung“ auch für Arbeitslohn, der nicht tarifgebunden ist.

Das ist soweit nicht neu – aber hier wird es interessant, denn: Den Arbeitslohn arbeitsrechtlich wirksam herabzusetzen und die Differenz mit steuerfreien Zahlungen auszugleichen, ist nicht möglich. Nur echte Zusatzleistungen sind begünstigt. Das geht aus dem im Sommer in Kraft getretenen „Jahressteuergesetz 2020“ (§ 8 EstG) hervor,



FACHLICHES

das auch rückwirkend ab dem 1. Januar 2020 gültig und somit ein wichtiger Aspekt in der aktuellen Gestaltung ist.

In Bezug auf die Verwendung der Corona-Prämie als Sonderzahlung anstelle eines jährlich gezahlten Weihnachtsgeldes kann spätestens die betriebliche Übung mangels „Freiwilligkeitsvorbehalts“ zum Fallstrick werden. Gleiches gilt für tarifrechtliche Ansprüche, die durch die abgabenfreien Corona-Sonderzahlungen ersetzt werden sollen. Unter einer betrieblichen Übung ist im Kern zu verstehen, dass Arbeitnehmer bei einem bestimmten, wiederholten und vorbehaltlosen Verhalten ihres Arbeitgebers darauf vertrauen können, dass der auch künftig so handelt – was aber niemand hofft...

Fazit: Aus den vertraglichen Vereinbarungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer muss erkennbar sein, dass es sich um steuerfreie Beihilfen und Unterstützungen zur Abmilderung der zusätzlichen Belastung durch die Corona-Krise handelt. Der Stichtag für den Zufluss der Prämie beim Mitarbeiter ist der 31. Dezember 2020. Werden gesetzliche Vorgaben nicht eingehalten, so kann das zu empfindlichen Nachzahlungen führen. ■

_____ Maik Heitmann, Redaktionsbüro Büser, Kamen



Die erfolgreichen, geprüften neuen ZMV

ZMV-Aufstiegsfortbildung in Rastede erfolgreich – 24 neue ZMV für's Berufsleben qualifiziert

Am 30. September endete eine weitere dezentrale Aufstiegsfortbildung zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin (ZMV) in Rastede, Bezirksstelle Oldenburg der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN). Im Rahmen einer kleinen Feierstunde erhielten 24 glückliche Absolventinnen ihre Abschlusszertifikate. In ihrer Ansprache hob Silke Lange, Zahnärztin aus Bad Zwischenahn und Vorstandsmitglied der ZKN das Engagement der Damen hervor. Sie zeigte sich außerordentlich zufrieden mit dem Leistungsstand der frisch gebackenen ZMV und freute sich zudem, weil auch aus ihrer Praxis sich eine Mitarbeiterin in dieser Ausbildung erfolgreich qualifiziert hatte. Ein besonderes Highlight dieser unter den Coronavirus-Pandemiebedingungen zusätzlich erschwerten Prüfungs- und Feierstundenrahmenbedingungen war die Ehrung der besten Absolventinnen, die als besonderen Lohn ihrer Mühen Seminargutscheine im Wert von 200 Euro aus den Händen des ZKN-Hauptgeschäftsführers Dr. Michael Behring, LL.M., erhielten. Als Prüfungsbeste schlossen Echica van Donselaar, Marie Bucker und Sabine Graver den Lehrgang ab.

In der abschließenden Feierstunde – der Pandemie geschuldet leider ohne weitere Angehörige, wie das sonst üblich ist – hatten die Teilnehmerinnen nochmals Gelegenheit, ihre Aufstiegsfortbildung zur ZMV Revue passieren zu lassen und voller Stolz auf das Geleistete zurückzublicken.

Wir gratulieren den erfolgreichen Absolventinnen: Juliane Anders, Angelika Asselborn, Rieke Beckemeyer, Inka Böltz, Kerstin Böske-Rutz, Marie Bucker, Kerstin Droste,

Insa Frerichs, Sabine Graver, Cynthia Heyn, Anja Horst, Kerstin Jelinski, Stephanie Kahl, Antonia Kamphaus, Nadine Kannegießer, Linda Möller, Katharina Neddermann, Petra Reil, Joanna Sodtke, Sarina Solzer, Christina Tuleweit, Echica van Donselaar, Elke Wolf, Laura Wolters, und wünschen ihnen für ihren weiteren beruflichen und privaten Lebensweg alles Gute!

Wer es diesen ZMVs gleichtun möchte, hat dazu schon bald sogar wieder in Rastede die Gelegenheit: Für den kommenden ZMV-Kurs, der im November in Rastede startet, sind noch wenige Plätze frei. Wer daran Interesse hat oder aber gerne einmal einen Fortbildungslehrgang bei sich wohnortnah absolvieren möchte, nimmt bitte Kontakt auf mit Marlis Grothe unter mgrothe@zkn.de. ■

____/lr



Unterrichtsraum, adäquat zu Pandemiebedingungen



WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

Bitte informieren Sie sich bei Teilnahmeinteresse vorab auf der ZKN-Homepage www.zkn.de oder telefonisch unter 0511 83391-311 oder -313, ob die Sie interessierenden Seminare stattfinden.

Terminliches

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Universität Carl von Ossietzky, Ammerländer Heerstr. 114-118, 26129 Oldenburg
Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstr. 11, 27243 Harpstedt, Tel. (0 42 44) 16 71;
e-Mail: Dr.Volker.Schaper@misterdent.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
09.02.2021 + 11.02.2021, 19:30 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Online Seminar: Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de Moderne Endodontie – all inclusive, Prof. Dr. Sebastian Bürklein, Münster
02.10.2021, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Komposit @ its best, Ulf Krueger-Janson, Frankfurt am Main

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

Ort: Vienna House Remarque Osnabrück, Natruer-Tor-Wall 1, 49076 Osnabrück
Fortbildungsreferentin: Dr. Nicola Witte, Wittekindstr. 1, 49134 Wallenhorst, Tel.: 05047 895540,
E-Mail: info@zahnarzt-witte.de

Situationsbedingt begrenzte Teilnehmerzahl. Bitte unbedingt vorher bei Frau Dr. Witte per Mail anmelden!

TERMIN	THEMA/REFERENT
20.01.2021, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	Ernährung, Zahn und Organe – von Omni, Veggie bis Vegan. Das besondere Seminar zum Thema Ernährung: Natürlich gesund!, Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen
06.03.2021, 09:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr	Mitten ins Herz – Wie Sie mit guter Kommunikation Ihre Gesprächsziele bei Patienten/Mitarbeitern u.a. effizient erreichen, Dr. Susanne Woitzik, Düsseldorf

SCHULUNGSANGEBOT DER ZAN

Fit für die Praxisbegehung!

SCHULUNG DIREKT IN IHRER PRAXIS

Seit geraumer Zeit führen die Gewerbeaufsichtsämter in Niedersachsen Praxisbegehungen durch. Sie überprüfen dabei insbesondere die Einhaltung der Vorgaben des Medizinproduktegesetzes bzw. der Medizinproduktebetriebsverordnung. Um Zahnarztpraxen bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und damit auch bei der Vorbereitung auf eine mögliche Praxisbegehung zu unterstützen, bieten wir praxisinterne Fortbildungen an. Speziell qualifizierte Referenten schulen mit Hilfe einer Checkliste Ihr Team direkt vor Ort und geben Tipps sowie Hilfestellungen im Hinblick auf die rechtskonforme Umsetzung von Hygienevorschriften.

Bitte beachten Sie, dass dieses Schulungsangebot einen gewissen zeitlichen Vorlauf erfordert. Eine Art Feuerwehrdienst in letzter Minute (kurzfristige Beschaffung von Geräten, Validierungen, Handwerkern u.a.m.) können wir mit unserem Schulungsangebot nicht leisten.

Termin: Nach Vereinbarung
Dauer: 3 Stunden
Teamgebühr: 550,- €
4 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Informationen/Terminvereinbarungen:

Christine Lange-Schönhoff
Tel.: 0511 83391-123
E-Mail: clange@zkn.de

Zahnmedizinische Akademie
Niedersachsen
Zeißstraße 11 a
30519 Hannover



SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

Ansprechpartnerin: Melanie Milnikel
Tel.: 0511 83391-311 · Fax: 0511 83391-306
E-Mail: mmilnikel@zkn.de



WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

Bitte informieren Sie sich bei Teilnahmeinteresse vorab auf der ZKN-Homepage www.zkn.de oder telefonisch unter 0511 83391-311 oder -313, ob die Sie interessierenden Seminare stattfinden.

→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

20.11. + 21.11.2020 Z 2062 15 Fortbildungspunkte

Ohrakupunktur für Zahnärzte I/ gleichzeitig Auffrischkurs Akupunktur

Ehrenprof. Uni. Nanjing TCM Dr. Winfried Wojak, Horn-Bad Meinberg
20.11.2020 von 14:00 bis 19:00 Uhr
21.11.2020 von 09:00 bis 16:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 363,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 368,- €

25.11.2020 Z/F 2066 4 Fortbildungspunkte

Datenschutz-Workshop Datenschutz in der Zahnarztpraxis – Umsetzung der rechtlichen Anforderungen

Eva-Maria Neelmeier, Hannover
25.11.2020 von 15:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 165,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 170,- €

02.12.2020 Z/F 2068 5 Fortbildungspunkte

Workshop zur Umsetzung von Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen (GB psych) in zahnärztlichen Praxen

Ronja Bölsch, M.Sc. B.A., Magdeburg
02.12.2020 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 231,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 236,- €

04.12.2020 Z/F 2069 8 Fortbildungspunkte

„Altern, aber bitte mit Biss“ Herausforderung – ältere Patienten in der Praxis

Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen
04.12.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 193,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 198,- €



Implantologie und Parodontologie aus einem Guss

Ziel des Kurses ist, die Sicherheit bei der Entscheidungsfindung in der Praxis zu stärken. Zahnerhalt oder Implantat ist die Frage, die sich bei vielen Patienten stellt und deren Beantwortung besonderes Wissen der Behandler erfordert. Ein klares Konzept, basierend auf externer und interner Evidenz, individuell auf die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten abgestimmt, führt meist zu reproduzierbar guter Ergebnisqualität. Der Kurs vermittelt sowohl eine Übersicht als auch eine an den Wünschen der Teilnehmer orientierte Darstellung aktueller Methoden der Parodontal- und Implantattherapie. Dabei werden Voraussetzungen und sinnvolle Diagnostik erläutert, die zeitliche Abfolge einzelner Therapieschritte bis hin zur Erhaltungstherapie anhand von Fallbeispielen mit Videosequenzen präsentiert.



Dr. Raphael Borchard

Inhalte:

- ▶ Welche Voraussetzungen sind in der Praxis essentiell?
- ▶ Welche Diagnostik ist sinnvoll?
- ▶ Zahnerhalt oder Implantat?
Wie bestimme ich die Prognose?
- ▶ Parodontale Vorbehandlung und Reevaluation
- ▶ PA-Chirurgie: resektiv oder regenerativ?
- ▶ Plastische PA-Chirurgie: Kronenverlängerung, Tuberplastik, Kamoplastik, Kammaufbau und Erhalt für Ästhetik und Hygienefähigkeit.
- ▶ Nie wieder Rehrmannplastik bei MAV! Methoden des Kammerhalts
- ▶ Sinnvolle plastische Chirurgie vor, während und nach der Implantation
- ▶ Möglichkeiten der Implantatprothetik
- ▶ Vermeidung und Therapie von periimplantären Problemen
- ▶ Gemeinsame Planung von Patientenfällen mit den Teilnehmern
- ▶ Hinweise zur Gebührenordnung.

Referent: Dr. Raphael Borchard, Münster

Samstag, 12.12.2020 von 09:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 418,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 423,- €

Max. 20 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z 2073

8 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Der KLASSIKER praktisch

Learning by doing

Arbeits-Grundkurs

„Fit für die Kids- und Junior-Prophylaxe praktisch“,
Bema-Positionen FU, IP1, IP 2 und IP 4

I. Theoretische Grundlagen

- ▶ Karies-Entstehung: Woran erkenne und wie behandle ich Karies-Kids?
- ▶ Mundhygiene: Mechanische und chemische Plaquekontrolle
- ▶ Fluorid-Wirkungen: Wer braucht was, wann und wieviel ab wann?
- ▶ Zahngesunde Ernährungs-Tipps: Was interessiert? Worauf kommt es an?



Foto: Pflaet

Sabine
Sandvoß

II. Praktische Übungen

- ▶ FU: Karies-Risiko-Bestimmung
- ▶ Ermittlung von dmf-t und DMF-T
- ▶ IP 1: Mundhygiene-Indizes-API/SBI, PCR/GBI
- ▶ Durchführung, Auswertung, Ergebnisse
- ▶ IP 2: Einsatz von Mundhygiene-Hilfsmitteln
- ▶ Zahnbürste, Zahnseide, Besonderheiten KFO-Kids
- ▶ IP 4: Fluoridierung
- ▶ Entfernung von supragingivalen Belägen
- ▶ Politur
- ▶ Anwendung von Lacken, Gelen, Schaum und Fluid

P.S.: Intensiver Arbeitskurs in kleinen Gruppen

Mitzubringende Materialien:

- ▶ Grundbesteck PAR Sonde ohne Kugel
- ▶ Plaquefärbemittel
- ▶ Grünes Winkelstück (passend für KaVo)
- ▶ Polierbürste, Poliernapfchen
- ▶ In der Praxis verwendete Polierpasten und Fluoridierungsmittel
- ▶ Eigene Zahnbürste
- ▶ Zahnseide, Interdentalbürstchen
- ▶ Prophylaxe Demo-Material (soweit vorhanden)
- ▶ Arbeitskleidung, Handschuhe, Mundschutz, Gesichtsvision

Referentin: Sabine Sandvoß, Hannover

Freitag, 11.12.2020 von 09:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 242,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 247,- €

Max. 15 Teilnehmer

Kurs-Nr.: F 2060

WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

Bitte informieren Sie sich bei Teilnahmeinteresse vorab auf der ZKN-Homepage www.zkn.de oder telefonisch unter 0511 83391-311 oder -313, ob die Sie interessierenden Seminare stattfinden.

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

18.11.2020 Z/F 2061

Dokumentation in der Stuhlassistenz – so läuft's richtig

Marion Borchers, Rastede-Loy

18.11.2020 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 121,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 126,- €

25.11.2020 Z/F 2065

Kleiner Fingerdruck – große Wirkung (Akupressur für die Praxis)

Andrea Aberle, Delmenhorst

25.11.2020 von 14:00 bis 18:30 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 171,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 176,- €

27.11.2020 F 2066

Willkommen am Telefon – Der erste Eindruck

Brigitte Kühn, Tutzing

27.11.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 253,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 258,- €

28.11.2020 F 2054

Qualitätsmanagement – Einführung und Training für Mitarbeiter/innen

Brigitte Kühn, Tutzing

28.11.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 253,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 258,- €

04.12.2020 Z/F 2070

GOZ Abrechnung? Kann ich schon! Kenn ich schon!

Marion Borchers, Rastede-Loy

04.12.2020 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 121,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 126,- €

Termine

31.10.2020–05.04.2021

Wolfsburg, Kunstmuseum

In aller Munde – Von Pieter Bruegel bis Cindy Sherman

Bitte tatsächliche Öffnungszeiten beachten.

26./27.11.2020 Hannover

Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen
Vereinigung Niedersachsen

16.12.2020 Hannover

Mitgliederversammlung der Zahnärztlichen Arbeitsgruppe
für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e.V.,
16:30 Uhr in der Zahnärztekammer Niedersachsen
Anmeldung bitte per E-Mail an: rtoru@zkn.de

04.–06.02.2021 Hannover

Winterfortbildungskongress der ZKN

20.03.2021

Zahnärztetag Schleswig-Holstein

HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH UND DANKE FÜR 10 JAHRE ZUSAMMENARBEIT!

Foto: Privat



Liebe Melanie Böker, zu Ihrem 10-jährigen Praxisjubiläum gratuliere ich Ihnen gemeinsam mit dem Team ganz herzlich. Sie haben die Praxis durch Ihre engagierte Art geprägt, stehen den Patienten jeden Tag mit Ihrer herzlichen und empathischen Art zur Seite. Durch Ihre Ausbildung zur Dentalhygienikerin haben

Sie besondere Fachkompetenz erreicht und sind stets zur Stelle wenn man Sie braucht. Besser könnte man Ihren Job nicht ausfüllen.

Danke für die langjährige Mitarbeit! ■

_____ Dr. Elke Baden, Sarstedt



Wir trauern um unseren Kollegen

Dr. Eckhard Weber
geboren am 15.02.1944, verstorben am 25.09.2020

*Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen
und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Niedersachsen*



Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

08.10.2020 dr(Univ. Belgrad) Vesna Malig (75), Jembke

16.10.2020 Barbara Josch (70), Freiburg (Elbe)

19.10.2020 Dr. Wilhelm Dopjans (75), Schortens

26.10.2020 Wolfgang Schäfers (86), Hattorf

27.10.2020 Dr. Rita Hennig (70), Göttingen

27.10.2020 Dr. Thomas Grund (80), Uchte

29.10.2020 Dr. Manfred Meyer (80), Oldenburg

29.10.2020 Günter Rauschenbach (93),
Bad Nenndorf

01.11.2020 Dr. Karl Lammers (90), Merzen

02.11.2020 Dr. Burkhard Kuszinna (70), Stade

02.11.2020 Dr. Joachim Scholz (95), Stadtoldendorf

06.11.2020 Michael Röhr (70), Tespe

08.11.2020 Dr. Robert Berges sen. (88), Cloppenburg

08.11.2020 Manfred Dams (86), Copenbrügge

09.11.2020 Wilfried Helmsen (75), Rastede

11.11.2020 Dr. Joachim Wunsch (75), Wolfenbüttel

14.11.2020 Dr. Martin Wernicke (87), Goslar

Ergebnis der Wahlen zu den Vorständen der Bezirksstellen der Zahnärztekammer Niedersachsen im Jahr 2020

Gemäß § 27 Abs. 7 der Wahlordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen für die Wahl zur Kammerversammlung (WO-ZKN) vom 04.05.1996, zuletzt geändert am 19.10.2012, sowie § 1 der Wahlordnung für die Wahlen zu den Vorständen der Bezirksstellen der ZKN vom 19.10.2012, gebe ich Folgendes bekannt:

Wahlkreis 01 – Braunschweig

1.	Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	1.117
2.	Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	396
3.	Zahl der verspätet eingegangenen Wahlbriefe, die zurückgewiesen werden	19
4.	Zahl der gültigen Stimmen	389
5.	Zahl der ungültigen Stimmen	0
6.	Zahl der ungültigen Wahlbriefe	7
7.	Wahlbeteiligung	34,83%

Es entfallen im Wahlkreis **01 – Braunschweig** auf die Bewerber die nachfolgend aufgeführten Stimmen:

Wahlvorschlag 1 – Kennwort: Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) 144

Vorsitzender: Dr. Hoffmann, Sebastian, Zahnarzt
stellv. Vorsitzende: Dr. Brackmann, Sabine, Zahnärztin

Wahlvorschlag 2 – Kennwort: ZfN Zahnärzte für Niedersachsen 245

Vorsitzender: Dr. Thomas, Jörg, Zahnarzt
stellv. Vorsitzender: Dr. Zunk, Karl-Heinz, Zahnarzt

Gewählt sind die Bewerber des Wahlvorschlages 2

Wahlkreis 02 – Göttingen

1.	Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	732
2.	Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	291
3.	Zahl der verspätet eingegangenen Wahlbriefe, die zurückgewiesen werden	0
4.	Zahl der gültigen Stimmen	284
5.	Zahl der ungültigen Stimmen	3
6.	Zahl der ungültigen Wahlbriefe	4
7.	Wahlbeteiligung	39,20%

Es entfallen im Wahlkreis **02 – Göttingen** für die Bewerber die nachfolgend aufgeführten Stimmen:

Wahlvorschlag 1 – Kennwort: Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) 173

Vorsitzende: Gode-Troch, Gisela, Zahnärztin
stellv. Vorsitzende: Apel, Annette, Zahnärztin

Wahlvorschlag 2 – Kennwort: ZfN – Frischer Wind 111

Vorsitzende: Dr. Schmilewski, Julia, Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
stellv. Vorsitzender: Dr. Gerstenkamp, Gustav, Zahnarzt

Gewählt sind die Bewerber des Wahlvorschlages 1 ►►

» **Wahlkreis 03 – Hannover**

1.	Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	2.090
2.	Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	679
3.	Zahl der verspätet eingegangenen Wahlbriefe, die zurückgewiesen werden	42
4.	Zahl der gültigen Stimmen	668
5.	Zahl der ungültigen Stimmen	2
6.	Zahl der ungültigen Wahlbriefe	9
7.	Wahlbeteiligung	32,05%

Es entfallen im Wahlkreis **03 – Hannover** für die Bewerber die nachfolgend aufgeführten Stimmen:

Wahlvorschlag 1 – Kennwort: Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) 366

Vorsitzender: Dr. Worch, M. S. (USA), Kai-Petrik, Fachzahnarzt für Parodontologie
stellv. Vorsitzender: Dr. Liepe, Stefan, Zahnarzt

Wahlvorschlag 2 – Kennwort: Zahnärzte für Niedersachsen 302

Vorsitzender: Dr. Glusa, Lutz, Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
stellv. Vorsitzender: Dr. Tetzlaff, Tobias, Zahnarzt

Gewählt sind die Bewerber des Wahlvorschlages 1

Wahlkreis 04 – Hildesheim

1.	Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	298
2.	Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	113
3.	Zahl der verspätet eingegangenen Wahlbriefe, die zurückgewiesen werden	7
4.	Zahl der gültigen Stimmen	107
5.	Zahl der ungültigen Stimmen	3
6.	Zahl der ungültigen Wahlbriefe	3
7.	Wahlbeteiligung	36,91%

Es entfallen im Wahlkreis **04 – Hildesheim** für die Bewerber die nachfolgend aufgeführten Stimmen:

Wahlvorschlag – Kennwort: ZfN

107

Vorsitzender: Dr. Vogel, Sebastian, Fachzahnarzt für Oralchirurgie
stellv. Vorsitzende: Dr. Stern, M.Sc., Ulrike, Zahnärztin

Gewählt sind die Bewerber des genannten Wahlvorschlages

Wahlkreis 05 – Lüneburg

1.	Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	581
2.	Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	152
3.	Zahl der verspätet eingegangenen Wahlbriefe, die zurückgewiesen werden	8
4.	Zahl der gültigen Stimmen	139
5.	Zahl der ungültigen Stimmen	8
6.	Zahl der ungültigen Wahlbriefe	5
7.	Wahlbeteiligung	25,30%

Es entfallen im Wahlkreis **05 – Lüneburg** für die Bewerber die nachfolgend aufgeführten Stimmen:

Wahlvorschlag – Kennwort: ZfN 139

Vorsitzende: Dr. Hanßen, Tilli, Zahnärztin
stellv. Vorsitzender: Dr. Wiesner, Axel, Zahnarzt

Gewählt sind die Bewerber des Wahlvorschlages

Wahlkreis 06 – Oldenburg

1.	Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	782
2.	Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	188
3.	Zahl der verspätet eingegangenen Wahlbriefe, die zurückgewiesen werden	100
4.	Zahl der gültigen Stimmen	183
5.	Zahl der ungültigen Stimmen	0
6.	Zahl der ungültigen Wahlbriefe	5
7.	Wahlbeteiligung	23,40%

Es entfallen im Wahlkreis **06 – Oldenburg** für die Bewerber die nachfolgend aufgeführten Stimmen:

**Wahlvorschlag 1 – Kennwort: Freier Verband
Deutscher Zahnärzte (FVDZ)** 137

Vorsitzender: Dr. Herz, Uwe, Zahnarzt
stellv. Vorsitzender: Dr. Kühling-Thees, Josef, Zahnarzt

Wahlvorschlag 2 – Kennwort: ZfN 46

Vorsitzende: drs. Kant, Johanna, Zahnärztin
stellv. Vorsitzende: Dr. Alsen, Geeske, Zahnärztin

*Gewählt sind die Bewerber des genannten
Wahlvorschlages 1*

Wahlkreis 07 – Osnabrück

1.	Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	758
2.	Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	226
3.	Zahl der verspätet eingegangenen Wahlbriefe, die zurückgewiesen werden	0
4.	Zahl der gültigen Stimmen	218
5.	Zahl der ungültigen Stimmen	5
6.	Zahl der ungültigen Wahlbriefe	3
7.	Wahlbeteiligung	29,42%

Es entfallen im Wahlkreis **07 – Osnabrück**
für die Bewerber die nachfolgend aufgeführten Stimmen:

**Wahlvorschlag – Kennwort: Zahnärzte für
Niedersachsen – ZfN** 218

Vorsitzender: Dr. Hörschemeyer, Tim,
Fachzahnarzt für Parodontologie
stellv. Vorsitzender: Dr. Obermeyer, Ulrich, Zahnarzt

Gewählt sind die Bewerber des genannten Wahlvorschlages

Wahlkreis 08 – Ostfriesland

1.	Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	440
2.	Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	156
3.	Zahl der verspätet eingegangenen Wahlbriefe, die zurückgewiesen werden	5
4.	Zahl der gültigen Stimmen	152

5.	Zahl der ungültigen Stimmen	2
6.	Zahl der ungültigen Wahlbriefe	2
7.	Wahlbeteiligung	35,00%

Es entfallen im Wahlkreis **08 – Ostfriesland**
für die Bewerber die nachfolgend aufgeführten Stimmen:

**Wahlvorschlag – Kennwort: Freier Verband
Deutscher Zahnärzte (FVDZ)** 152

Vorsitzender: Dr. Debbrecht, Michael, Zahnarzt
stellv. Vorsitzender: Dr. Gebelein, Stephan, Zahnarzt

Gewählt sind die Bewerber des genannten Wahlvorschlages

Wahlkreis 09 – Stade

1.	Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	495
2.	Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	179
3.	Zahl der verspätet eingegangenen Wahlbriefe, die zurückgewiesen werden	10
4.	Zahl der gültigen Stimmen	179
5.	Zahl der ungültigen Stimmen	0
6.	Zahl der ungültigen Wahlbriefe	0
7.	Wahlbeteiligung	36,16%

Es entfallen im Wahlkreis **09 – Stade**
für die Bewerber die nachfolgend aufgeführten Stimmen:

Wahlvorschlag 1 – Kennwort: Ohne 120

Vorsitzender: Dr. Ross, Wolfhard, Zahnarzt
stellv. Vorsitzender: Dr. Thoma, Volker, Zahnarzt

**Wahlvorschlag 2 – Kennwort: Freier Verband
Deutscher Zahnärzte (FVDZ)** 59

Vorsitzender: Dr. Timmermann, Dirk, Zahnarzt
stellv. Vorsitzende: Dr. Mindermann, Gundi,
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

Gewählt sind die Bewerber des Wahlvorschlages 1 ►►

» **Wahlkreis 10 – Verden**

1.	Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	599
2.	Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	200
3.	Zahl der verspätet eingegangenen Wahlbriefe, die zurückgewiesen werden	0
4.	Zahl der gültigen Stimmen	195
5.	Zahl der ungültigen Stimmen	5
6.	Zahl der ungültigen Wahlbriefe	0
7.	Wahlbeteiligung	33,38%

Es entfallen im Wahlkreis **10 – Verden** für die Bewerber die nachfolgend aufgeführten Stimmen:

Wahlvorschlag 1 – Kennwort: Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) 130

Vorsitzender: Dr. Jung, Eckhard, Zahnarzt
stellv. Vorsitzender: Dr. Hirschhorn, Frank, Zahnarzt

Wahlvorschlag 2 – Kennwort: ZfN 65

Vorsitzende: Baeßmann-Bischoff, Hanna, Zahnärztin
stellv. Vorsitzender: Dr. Lehrke, Volkmar, Zahnarzt

Gewählt sind die Bewerber des Wahlvorschlages 1

Wahlkreis 11 – Wilhelmshaven

1.	Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	222
2.	Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	81
3.	Zahl der verspätet eingegangenen Wahlbriefe, die zurückgewiesen werden	0
4.	Zahl der gültigen Stimmen	77
5.	Zahl der ungültigen Stimmen	0
6.	Zahl der ungültigen Wahlbriefe	4
7.	Wahlbeteiligung	34,68%

Es entfallen im Wahlkreis **11 – Wilhelmshaven** für die Bewerber die nachfolgend aufgeführten Stimmen:

Wahlvorschlag – Kennwort: FVDZ Freier Verband Deutscher Zahnärzte 77

Vorsitzender: Dr. Bleß, Hartmut, Zahnarzt
stellv. Vorsitzender: Dr. Ubben, Dieter, Zahnarzt

Gewählt sind die Bewerber des genannten Wahlvorschlages

13.11.2020



Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida
Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen



BuS-Dienst der Zahnärztekammer Niedersachsen

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Zahnarztpraxen

Sie haben noch Informationsbedarf?
Wir helfen Ihnen gern!

Ansprechpartnerin:
Daniela Schmöe
Tel.: 0511 83391-319
Fax: 0511 83391-306
E-Mail: dschmoe@zkn.de



<http://tinyurl.com/zkn-bus01>



Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

Zulassungsausschuss Niedersachsen
Geschäftsstelle
Zeißstraße 11
30519 Hannover
Tel.: 0511 8405-323/361
E-Mail: zulassung@kzvn.de

Antragsformulare erhalten Sie im öffentlichen Bereich auf der Internetseite der KZVN (www.kzvn.de/Zahnärzte/Zulassung) als PDF-Dokument oder von der Geschäftsstelle.

Sämtliche Anträge müssen grundsätzlich zum Abgabetermin vollständig eingereicht werden, ansonsten können sie nicht verhandelt werden.

Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ ein vollständig ausgefülltes und unterschriebenes Antragsformular (Seite 1+2 mit den entsprechenden Erklärungen)
- ▶ der Auszug aus dem Zahnarztregister (wenn nicht in Niedersachsen eingetragen)
- ▶ eine Bescheinigung über die bisherigen Tätigkeiten; bei Niederlassungen oder Anstellungen in anderen KZV-Bereichen ist diese bei der jeweiligen KZV anzufordern
- ▶ ein unterschriebener Lebenslauf
- ▶ das behördliche Führungszeugnis der Belegart „0“, bei längerem Aufenthalt im Ausland wird entweder ein europäisches oder zusätzlich ein nationales Führungszeugnis aus dem Ausland benötigt

Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

- ▶ der schriftliche Gesellschaftsvertrag von allen Partnerinnen und Partnern der BAG unterschrieben

Folgende Regelungen müssen u.a. getroffen sein:

- ▶ Beteiligung am Vermögen der Praxis (nach Kennenlernzeit)
- ▶ Beteiligung am Gesamtgewinn und -verlust der Praxis
- ▶ Freiberuflichkeit muss gewährleistet bleiben

Fortführung einer bereits bestehenden

Berufsausübungsgemeinschaft

- ▶ der aktuelle Gesellschaftsvertrag der bereits bestehenden BAG mit einer Regelung, nach der die BAG bei Ausscheiden oder Aufnahme einer Gesellschafterin oder eines Gesellschafters fortgeführt wird
- ▶ eine Änderungsvereinbarung der neuen Gesellschafterinnen oder Gesellschafter über die Vermögensbeteiligung sowie Gewinn- und Verlustbeteiligung

Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Antragsformular
- ▶ alle im Antragsformular genannten Unterlagen
- ▶ insbesondere: der Gesellschaftsvertrag, bei einer GmbH der aktuelle Handelsregisterauszug der Trägergesellschaft, die aktuelle Gesellschafterliste, eine selbstschuldnerische Bürgschaft

Müssen die vollständigen Unterlagen und Angaben nachgebessert werden und kann deren Prüfung aufgrund des Umfangs nicht rechtzeitig vor dem Sitzungstermin abgeschlossen werden, kann der Zulassungsausschuss über den Antrag nicht entscheiden. Der Antrag wird vertagt und in der nächsten Sitzung verhandelt.

Verlegungen

Die Zulassung wird für einen konkreten Niederlassungssitz erteilt. Die Verlegung ist erst möglich, wenn der Zulassungsausschuss diesem Antrag stattgegeben hat.

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ formloser Antrag auf Verlegung von ... (Ort der bisherigen Zulassung) nach ... (zukünftiger Sitz) zum ... (Datum der Verlegung, nur für die Zukunft möglich) ▶▶

» Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

Abgabe bis	09.11.2020
für die Sitzung am	09.12.2020
Abgabe bis	16.12.2020
für die Sitzung am	27.01.2021
Abgabe bis	10.02.2021
für die Sitzung am	10.03.2021
Abgabe bis	17.03.2021
für die Sitzung am	21.04.2021
Abgabe bis	28.04.2021
für die Sitzung am	02.06.2021
Abgabe bis	16.06.2021
für die Sitzung am	14.07.2021
Abgabe bis	04.08.2021
für die Sitzung am	01.09.2021
Abgabe bis	06.10.2021
für die Sitzung am	03.11.2021
Abgabe bis	10.11.2021
für die Sitzung am	08.12.2021

Die Sitzungstermine für 2022 werden im September 2021 festgelegt.

Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- Planungsbereich Landkreis Aurich: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades ist auf den Inseln Baltrum und Norderney vertragszahnärztlicher Versorgungsbedarf.
- Planungsbereich Landkreis Leer: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades ist auf der Insel Borkum vertragszahnärztlicher Versorgungsbedarf.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Ostfriesland der KZVN, Vorsitzender: Dr. Dr. Wolfgang Triebe, Rudolf-Eucken-Allee 17, 26603 Aurich, Tel.: 04941 5752, Fax: 04941 2835, E-Mail: ostfriesland@kzvn.de



© diego cervo / iStockphoto.com

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Oldenburg

- Planungsbereich Landkreis Oldenburg:
Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.450 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 44,5% versorgt.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Oldenburg der KZVN, Vorsitzende: Zahnärztin Silke Lange, Bloher Landstraße 24, 26160 Bad Zwischenahn, Tel.: 0441 6990288, Fax: 0441 691650, E-Mail: oldenburg@kzvn.de

_____Stand: 15.10.2020

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Dr. Stefan Hümmeke Nr. 8943 vom 13.07.2016
 Sybille Marker MSc Nr. 4068 vom 11.06.2001
 Elena Kerbel Nr. 6230 vom 14.05.2008
 Ahmed Mohsen Ahmed Hussien
 Abdelrahman Nr. 10082 vom 09.01.2020
 Harry Seitz Nr. 5653 vom 10.07.2006
 Christiane Neitzel Nr. 9324 vom 18.08.2017
 Dr. Tatjana Münnighoff . . Nr. 8685 vom 22.09.2015

wurden verloren, gestohlen, beziehungsweise nicht zurückgegeben und werden für ungültig erklärt.

_____ZKN



CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das **Online Berichts- und Lernsystem** von Zahnärzten für Zahnärzte. Ein wichtiger Baustein für Ihr Praxis-QM mit mehr als 5600 Mitgliedern und ca. 150 Erfahrungsberichten im System.

Jetzt mitmachen!

Berichtsdatenbank

- Alle Berichte zu kritischen Ereignissen anonymisiert einsehbar
- Gezielte Suche nach einzelnen Berichten möglich

Anonym berichten

- Sichere, vollständig anonyme Berichtsfunktion
- Verschlüsselte Datenübertragung und -speicherung
- Unabhängig von Interessen Dritter

Feedback-Funktion

- Anonyme Veröffentlichung besonders praxisrelevanter kritischer Ereignisse
- Nutzerkommentare
- Diskussionsforum

www.cirsdent-jzz.de





Ihre Daten für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung!

Das **Zahnärzte Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Etwa 35.500 Praxen haben dafür einen Fragebogen erhalten.

Sie haben auch Post bekommen? – Dann machen Sie mit!

- **Für den Berufsstand!** Das ZäPP dient Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Datenbasis für Verhandlungen mit Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit
- **Vorteil für Sie!** Kostenloser Praxisbericht für einen Vergleich Ihrer Praxis mit dem bundesdeutschen Durchschnitt
- **Vorteil für Sie!** Kostenlose Chefübersicht für Ihre Finanzplanung
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter **www.kzvn.de** unter dem Menüpunkt "ZäPP" (Login erforderlich) oder **www.kzbv.de/zaepp** · **www.zaep.de**

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

Arend Baumfalk 0511 8405-242
Barbara Hertrampf 0511 8405-280
E-Mail panel@kzvn.de



Um Rücksendung der Unterlagen wird bis zum **30. November 2020** gebeten.

Ansonsten erreichen Sie bei Bedarf die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** unter der Rufnummer 030 4005-2444 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr. Oder E-Mail an kontakt@zi-treuhandstelle.de

Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!